

HYSTERIE CONVULSIVE et EPILEPSIE ASSOCIATIONS, FORMES de PASSAGE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Décembre 1928

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre CALVET

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 7 Juillet 1904 à LUNEL (Hérault)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1928

HYSTÉRIE CONVULSIVE et ÉPILEPSIE
ASSOCIATIONS, FORMES de PASSAGE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 49

HYSTERIE CONVULSIVE et EPILEPSIE ASSOCIATIONS, FORMES de PASSAGE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 6 Décembre 1928

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre CALVET

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 7 Juillet 1904 à LUNEL (Hérault)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42

1928

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales		PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements		TIXIER.
Clinique ophtalmologique		BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique		ROLLET.
Clinique des maladies des enfants		NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes		LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires		VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		ROCHET.
Chimie biologique et médicale		NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		BRETIN.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie interne		POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales		DOYON.
Anatomie pathologique		FROMENT.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		FAVRE.
Médecine légale		PATEL.
Hygiène		ARLOING (F.)
Thérapeutique		Etienne MARTIN.
Pharmacie		COURMONT (P.).
Hydrologie thérapeutique et climatologie		SAVY.
		LEUJIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de	Pathologie externe	MM. VALLAS.
—	Prépédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
—	Chimie minérale	BARRAL
—	Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon).
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	CHALIER (André).	DEVIC.
TRILLAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	GABRIELLE.
SARVONAT.	RHENTER.	NOEL.	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	MAZEL.	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	SANTY	DUMAS.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	DUNET.	DUFOURT.	WERTHEIMER.
			GATE.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LÉPINE, président ; CORDIER, assesseur ;
DUMAS et DEVIC, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de notre profonde affection et notre gratitude infinie.

A MA SŒUR

A LA MÉMOIRE GLORIEUSE DE MON ONCLE

LE CAPITAINE HENRI CALVET

Chevalier de la Légion d'honneur

Croix de guerre (4 citations)

*Tué à la tête de sa compagnie le 8 avril 1915,
au combat de Djebel-Habib (Maroc)*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN LEPINE

Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

Professeur de Clinique neuro-psychiatrique

Officier de la Légion d'honneur

Témoignage de notre respectueuse
reconnaissance pour l'accueil bien
veillant que nous avons trouvé auprès
de lui et pour le grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la présidence
de cette thèse.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT ROUQUIER

Chevalier de la Légion d'honneur

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Sa bienveillance et ses conseils ont été pour nous de précieux encouragements. Il a su nous faire aimer ces deux sciences inséparables que sont la neurologie et la psychiâtrie. Il nous a inspiré le sujet de cette thèse. Qu'il trouve ici un faible témoignage de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOURRAT

Chef de Clinique à la Faculté

Il a bien voulu s'intéresser à notre travail et nous a procuré plusieurs observations. Nous l'en remercions bien sincèrement.

A MES MAÎTRES DES FACULTÉS DE MÉDECINE
DE LYON ET DE MONTPELLIER

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

HYSTÉRIE CONVULSIVE et ÉPILEPSIE

ASSOCIATIONS, FORMES de PASSAGE

Introduction

Si l'on s'en tient aux conceptions modernes sur l'hystérie et l'épilepsie, il ne peut exister aucun rapport entre ces deux affections, et dans l'état actuel de nos connaissances, il ne semble pas que la confusion entre la crise convulsive pithiatique et la crise comitiale puisse être possible. Il existe entre elles un véritable abîme.

Mais, dans la réalité, les faits sont plus complexes, et les cadres nosologiques seront souvent trop étroits pour le diagnostic du praticien. Celui-ci, en présence de malades sujets à des crises convulsives, pourra, dans certains cas, se heurter à de réelles difficultés, s'il veut se faire une opinion.

Ces difficultés sont à notre avis la conséquence de trois ordres de faits :

1° La coexistence possible chez le même sujet des deux types de crises (hystérique et épileptique).

2° L'existence de crises présentant des caractères intermédiaires entre ceux de l'épilepsie et ceux de l'hystérie, chez certains déséquilibrés neuro-psychiques.

3° L'analogie relative du fond mental et du déséquilibre chez beaucoup de comitiaux et chez beaucoup d'hystériques.

Il nous a paru intéressant d'étudier ces divers points en nous inspirant d'un article de MM. Rouquier et Vuillaume, paru dans le *Paris-Médical* de l'année 1926, et en nous appuyant sur quelques observations recueillies à la clinique neurologique de M. le Professeur Lépine et dans le service de neuro-psychiâtrie de l'Hôpital militaire Desgenettes.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Notre but n'est pas de faire dans ce chapitre un historique complet de l'hystérie et de l'épilepsie. Ce serait un travail immense qui demanderait une documentation considérable, et qui ne rentrerait pas dans le plan que nous nous sommes tracé. Mais nous estimons que dans un sujet ayant trait à ces deux affections il est des noms et des dates qu'on ne peut passer sous silence. D'autre part, nous ne pensons pas qu'on puisse bien comprendre les conceptions actuelles sur l'hystérie et sur l'épilepsie, si on ne connaît pas les conceptions anciennes et leur évolution. Aussi ces rapides considérations historiques nous ont-elles paru utiles à l'intelligence de ce modeste travail.

Nous résumerons le plus brièvement possible les principales théories anciennes et modernes sur l'hystérie et l'épilepsie, en nous attachant plus particulièrement à l'histoire de leurs rapports.

Il est classique de dire que l'hystérie a été considérée successivement comme une maladie de l'utérus, comme une névrose et enfin comme une psychose. En effet, elle est passée de plus en plus du domaine de la médecine dans celui de la psychiâtrie. Nous indiquerons très rapidement les plus anciennes doctrines (doctrines dites étymologiques).

Longtemps, l'hystérie est considérée comme une maladie utérine. C'est d'abord l'école hippocratique à laquelle il faut rattacher Platon, Arétée, Celse, Galien, etc... Le mythe de la conception utérine est exposé tout au long dans le « Timée » de Platon. L'hystérie a pour cause des mouvements de l'utérus qui se déplace sous l'influence d'excitations diverses parcourant tout le corps. L'utérus est considéré comme un animal vivant susceptible « de s'indigner s'il reste stérile » et de manifester son mécontentement si ses désirs ne sont pas satisfaits, en venant provoquer des troubles sur divers points du corps (boule hystérique). D'où la thérapeutique hippocratique qui consiste à chasser la matrice de son nouveau domicile par de mauvaises odeurs (inhalations d'assa foetida), tandis que les lotions aromatiques de la cavité vaginale l'attirent à sa place normale.

Galien nie les déplacements de l'utérus et attribue l'hystérie à la rétention de semence dans cet organe. Beaucoup plus tard, au XVI^e siècle, Ambroise Paré invoque une « vapeur maligne émanant des parties génitales » à laquelle il attribue également l'épilepsie, l'apoplexie, la léthargie, etc... Mais il décrit déjà l'hys-

térie avec une certaine précision (boule, rires, pleurs, extases).

Au XVII^e siècle, Charles Lepois soutient que l'hystérie est cérébrale et peut se rencontrer chez l'homme. Sydenham, en 1622, crée sa théorie des esprits animaux, étudie l'état mental des hystériques et les causes morales de la maladie.

A partir de cette époque le cadre de l'hystérie s'étend d'une façon extraordinaire : Raulin, en 1738, décrit le hoquet hystérique; Pomme, l'hémoptysie (1780); Las-sègue, la toux, l'ataxie, l'anorexie.

En 1845, la conception utérine a encore de chaleureux et nombreux partisans, et cette année là, dans un concours, l'Académie de Médecine décerne le prix ex æquo à Brachet, défenseur de la théorie nerveuse, et à Landouzy, défenseur de la théorie utérine.

Briquet (1854) considère des phénomènes paroxystiques et des phénomènes interparoxystiques qu'il divise en sept classes.

Il faut arriver à Charcot pour trouver de l'hystérie une conception puissante et homogène. Ce dernier, s'inspirant des travaux antérieurs de Georget (1821), le démolisseur de la théorie utérine ; de Gendrin (1846), qui le premier signala les stigmates.; de Brachet, qui s'attacha à de minutieuses descriptions de la grande crise, se livre à une étude remarquable des diverses manifestations hystériques et ses travaux aboutissent à une conception qui fait école.

Pour Charcot, la grande crise se déroule toujours chez les divers sujets suivant un ordre constant : l'attaque, annoncée par des prodromes, passe par quatre

phases (période épileptoïde, de clownisme, des attitudes passionnelles, de délire), divisées chacune en phases secondaires (toniques, cloniques, résolutives, contorsions, grands mouvements, etc...). Certains malades n'ont pas de ces crises violentes, mais Charcot retrouve, dans leurs attaques larvées, le même ordre dans la succession des symptômes atténués et il fait la distinction entre une « hystéria major » et une « hystéria minor », non sans avoir rejeté le terme vague d'hystéro-épilepsie.

Ensuite, frappé par l'anesthésie cutanée, Charcot la recherche chez tous les névrosés et il est amené à observer la perte des réflexes pharyngiens et cornéens, puis les troubles sensoriels : rétrécissement du champ visuel, amblyopie, les hyperesthésies ovariennes, etc..., et dès lors sont créés les *stigmata* physiques permanents et inconscients de l'hystérie. Etendant considérablement le cadre de cette maladie, Charcot et son école y font entrer : l'exagération des réflexes, des troubles trophiques (érythèmes, urticaires, pemphigus, œdèmes, atrophies musculaires), les troubles viscéraux (hémoptysie, toux, hématomèse, ischiurie, etc...). En somme : « Charcot conçoit l'hystérie comme une affection caractérisée par des symptômes nerveux authentiques sans substratum lésionnel... affection qui obéit à des lois inviolables... »

Sous son influence, on vit alors fleurir à la Salpêtrière cette hystérie d'Ecole, décrite et codifiée par un neurologue de génie. Jamais maladie ne fut plus complètement et dans tous les sens du mot créée par son auteur (Logre).

Il faut noter cependant que Charcot admit le rôle considérable et même prépondérant du psychisme. Mais c'est avec Sollier, Grasset, Janet et surtout Bernheim et Babinski, que la « grande névrose » va entrer dans le domaine de la psychiâtrie.

« Il est évident, dit Joly, que dans le cours des temps, la théorie de l'hystérie s'est de plus en plus rapprochée d'une interprétation psychiâtrique », et comme le fait très justement remarquer Cesbron : « Devant la faillite des signes permanents, on cherchera dans l'état mental des hystériques le syndrome psychique reliant les ma-lades entre eux, malgré la diversité de leurs accidents ».

Pour Janet, le substratum clinique est l'état mental de l'hystérique, dont les caractères spéciaux méritent le nom de stigmates. Cet état mental consiste surtout dans un affaiblissement de la synthèse psychologique, donnant libre cours à l'automatisme intellectuel avec rétrécissement du champ de la conscience ; les manifestations hystériques sont des actes ou des perceptions situés en dehors de ce champ. « Les attaques hystériques sont liées à l'état émotif. Leur violence est due à ce que l'être réel ne peut les modérer puisqu'il les ignore. »

Grasset rattache sa conception de l'hystérie à sa théorie des deux psychismes (psychisme supérieur ou centre o et polygone des centres du psychisme inférieur ou automatisme supérieur). « Dans l'hystérie il y a des troubles du système inférieur polygonal par désagrégation sus-polygonale totale (catalepsie) ou partielle (sommambulisme). S'il y a en même temps des troubles du centre o, l'hystérie devient mentale. »

La théorie de Sollien appartient au même type que les précédentes, elle est avant tout psychologique. Il s'agit d'un engourdissement cérébral localisé ou généralisé, passager ou permanent : « Les hystériques confirmés ne sont que des vigilambules ».

Mais, toutes ces théories, pour si ingénieuses et si séduisantes qu'elles soient, sont restées dans le domaine vague des hypothèses psychologiques ; elles n'ont rien apporté de précis et ont seulement contribué à saper la doctrine si puissamment édifiée par Charcot et son école.

Il n'en est pas de même des conceptions de Bernheim et surtout de celles de Babinski.

Avec Bernheim et l'Ecole de Nancy on voit croître considérablement l'importance et le rôle d'un élément déjà signalé par quelques auteurs et en particulier par Liébault : la suggestibilité. « Selon Bernheim l'hystérie consiste uniquement en des crises. La première reconnaît un *primum movens* indépendant de toute suggestion ; les stigmates au contraire sont des produits de suggestion » (Cesbron). Voici d'ailleurs les propres termes de l'auteur : « Les crises sont toujours consécutives à une émotion spéciale... Elles ne sont que l'exagération de la réaction psycho-dynamique qu'une émotion vive produit normalement chez tous. »

Une crise peut être accidentelle et ne pas se reproduire si le sujet est peu hystérisable. Chez d'autres, au contraire, plus hystérisables, les accès se reproduisent plus ou moins souvent à chaque émotion ou seulement par auto-suggestion, c'est-à-dire par le souvenir de la première crise qui suffit à reproduire la même émotion

hystérogène ». C'est surtout par l'importance accordée à l'émotion, alors que l'influence suggestive n'interviendrait que secondairement, que la conception de Bernheim diffère de celle de Babinski, que nous allons rapidement examiner. Babinski, doué d'un remarquable esprit d'observation, étudie les manifestations hystériques avec des méthodes rigoureuses. Il constate que les stigmates, généralement absents chez les malades vierges de tout examen, peuvent être provoqués ou détruits à volonté chez les hystériques anciens.

Il rejette hors du cadre de l'hystérie des phénomènes organiques que l'on y avait fait entrer par ignorance ou par erreur et découvre des signes propres aux maladies organiques ne pouvant être reproduits par la volonté : extension des orteils, exagération des réflexes tendineux, flexion combinée de la cuisse et du tronc, signe du peaucier, etc... Il attribue toutes les manifestations de l'hystérie à l'auto-suggestion, à la suggestion par imitation ou à la suggestion médicale, l'émotion n'intervenant jamais, du moins comme cause directe, dans la genèse de ces troubles. Enfin il donne sa définition célèbre de l'hystérie et crée le terme de pithiatisme. « L'hystérie est un état psychique spécial qui se manifeste principalement par des troubles primitifs et accessoirement par des troubles secondaires. Ce qui caractérise les troubles primitifs c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion chez certains sujets avec une exactitude rigoureuse et de les faire disparaître sous l'influence de la persuasion. Ce qui caractérise les troubles secondaires c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs. »

Ici, plus de théories subtiles, des faits positivement observés, des résultats thérapeutiques, des conclusions. Est-ce à dire que le problème de l'hystérie est entièrement et définitivement résolu ? Non. Et beaucoup de neuro-psychiâtres estiment que « le concept encore vague de suggestion » ne suffit pas pour expliquer le fond des phénomènes hystériques et le domaine de la grande névrose est loin d'être délimité.

Nous ne consacrerons qu'une étude très brève à l'histoire de l'épilepsie. Plus encore que celle de l'hystérie, elle est obscurcie par des siècles d'ignorance et de superstitions. Les conceptions médicales auxquelles ces deux maladies ont donné lieu ont subi une évolution inverse.

Tandis que l'hystérie, considérée tout d'abors comme une maladie organique, tendra de plus en plus à être attribuée à des causes psychiques, l'épilepsie au contraire, après bien des flottements, rentrera progressivement dans le cadre des maladies organiques. D'autre part, le domaine de l'hystérie, qui avait été trop étendu, sera restreint par les auteurs modernes, tandis que l'épilepsie, limitée d'abord aux seules crises, va s'accroître par l'attribution des divers équivalents.

Il ne reste des auteurs anciens qu'une étude symptomatique vague et très incomplète de l'épilepsie. Tout ce qu'ils ont écrit concernant l'étiologie et la pathogénie de ce mal est purement fantaisiste et montre à quel point leur imagination avait été frappée par l'aspect terrifiant des accès. Les divers noms par lesquels ils désignent l'épilepsie prouvent qu'ils leur attri-

buent une origine surnaturelle : c'est le *morbus sacer* ou *divinus* de Platon, le *morbus astralis* des Egyptiens et des Grecs, le *morbus comitialis* des Romains, etc., etc... Hippocrate, dans son « *De morbo sacro* », fut le premier à s'élever, mais en vain, contre l'idée de l'origine surnaturelle du mal comitial. Pour lui c'est une maladie comme les autres, qu'il attribue à une « humeur pituiteuse » envahissant le cerveau.

Galien connaissait l'épilepsie en clinicien, comme le montre sa célèbre consultation d'un enfant épileptique. Ensuite, pendant trois siècles, aucune étude importante ne sera consacrée à cette question. Il faut remonter à Fernel, médecin de Catherine de Médicis, pour trouver une description de la grande crise. Paracelse ne s'occupe que de la thérapeutique. Puis des auteurs, comme Senert, rassemblent des documents épars.

C'est au XVII^e siècle que vont être enfin entreprises des recherches anatomiques avec Vesale Lancisi, Théophile Bonnet, Willis, etc... « Bien que les altérations anatomiques rencontrées dans le mal caduc ne jetassent pas sur sa nature une lueur suffisante, elles détruisent au moins les rêveries accréditées, relativement au rôle de certaines vapeurs ou humeurs parfaitement imaginaires » (Delasiauve).

Dans un traité remarquable, Tissot, en 1771, résume les connaissances de l'époque.

Dès le début du XIX^e siècle des services d'épileptiques vont être créés, qui permettront à Pinel et à Maisonneuve d'approfondir l'étude clinique de la maladie. Mais la physiologie du système nerveux était trop mal connue encore pour qu'ils puissent en faire une étude

étiologique et pathogénique. « Pinel place l'épilepsie dans les névroses et non loin des vésanies » (Dela-siauve).

Lassègue, en 1850, attache son nom à une délimitation artificielle du mal comitial qui, pour lui, consiste presque uniquement en des crises. Ni les intoxications, ni même les tumeurs cérébrales ne peuvent les provoquer. C'est une infirmité ne guérissant jamais et pouvant s'acquérir de deux manières, soit par un traumatisme du crâne à lésion immuable, soit par une déformation spontanée du crâne au moment où les os se soudent.

En somme, jusqu'à cette époque, seuls les accès ont été bien décrits. Pour les équivalents, comme pour l'étiologie et la pathogénie, il faut arriver à l'époque contemporaine. Les lésions anatomiques seront observées par Chaslin (1891), Bleuler, Marinesco, sans qu'on puisse affirmer si elles sont la cause de l'épilepsie ou les conséquences de l'état de mal dans lequel sont morts les malades. Mais outre les lésions anatomiques, de nombreuses causes vont être invoquées dans la genèse du mal comitial. Ainsi vont naître des théories toxiques (Voisin, Mairet, Féré), des théories infectieuses, des théories réflexes, etc... Ces théories vont aboutir à l'opinion qu'il n'y a pas une épilepsie, mais des épilepsies de causes très diverses. L'épilepsie dite essentielle est en réalité celle dont on ne peut déceler les causes, aussi mérite-t-elle plutôt le nom de cryptogénétique. « Elle est conditionnée par l'existence au niveau de l'encéphale de lésions anatomiques ou d'une épine irritative quelconque,

« L'épine ne suffit pas à elle seule pour déterminer l'apparition de la crise. Celle-ci apparaît à intervalles plus ou moins espacés selon les cas, et ressemble bien à un phénomène de décharge. Elle est accompagnée, comme les travaux de Leriche l'ont établi, par une vaso-constriction cérébrale amenant l'ischémie passagère de l'écorce. Cette vaso-constriction est certainement la conséquence d'un réflexe sympathique. Il est impossible dans l'état actuel de nos connaissances de dire quelle est la cause qui le déclanche » (Rouquier et Vuillaume).

Notons maintenant quelles ont été les conceptions des divers auteurs sur les rapports de ces deux maladies convulsives. Pour les Anciens elles appartiennent à la même famille et sont susceptibles de se transformer l'une en l'autre. « Interim tamen affinia hæc mala sunt et passio hysterica sæpius observata fuit in epilepsiam mutari », écrit Van Swieten. De même Georget (1835) : « L'épilepsie a une telle ressemblance avec la cérébro-pathie spasmodique ou prétendue hystérique que celle-là n'est qu'un degré plus avancé de celle-ci. Outre l'analogie qui existe entre leurs caractères, la transformation de l'une en l'autre ne laisse aucun doute sur la vérité de cette assertion ». Briffaut (1851) écrit : « L'épilepsie domine de plus en plus et anéantit l'hystérie primitive ».

L'association des deux maladies a été reconnue par Beau (1836), Esquirol (1840). Elle est dénommée par Landouzy, en 1846, « hystéro-épilepsie », dont Richer distinguera deux formes : celle à crises distinctes et

celle à crises combinées. Ce terme d'hystéro-épilepsie était très vague et prêtait à confusion. On pouvait lui attribuer et on n'a pas manqué de le faire, les sens les plus divers. Les uns s'en sont servis pour désigner l'attaque hystérique à forme épileptoïde. En 1886, dans ses leçons sur le système nerveux, Charcot dit : « Dans les cas appelés hystéro-épilepsie, il s'agit toujours de l'hystérie revêtant les apparences du mal comitial ».

D'autres ont appliqué ce terme aux associations donnant lieu chez le même sujet aux deux sortes de crises; d'autres à des manifestations larvées d'épilepsie, d'autres enfin l'ont appliqué à des crises convulsives constituées par une combinaison intime d'hystérie et d'épilepsie dont l'existence paraît plus que douteuse. « Il faut se servir le moins possible du terme d'hystéro-épilepsie qui désignerait les attaques hystériques sans aucun mélange de mal comitial » (Gilles de la Tourette).

« Il faut réserver cette désignation aux cas rares d'ailleurs où des manifestations comitiales s'entremêlent aux manifestations hystériques sans toutefois se confondre avec elles » (Verger).

Roussy écrit : « C'est souvent à des formes bâtardes d'épilepsie qu'on voit appliquer l'épithète d'hystéro-épilepsie qui ne sert qu'à masquer notre ignorance ».

L'emploi de ce terme paraît donc à rejeter. Cependant, si on s'en est servi si souvent, si on s'en sert encore quelquefois, est-ce seulement parce qu'il permet d'étiqueter l'incertitude du médecin ? Ne peut-il être justifié jusqu'à un certain point par certains faits

cliniques ? Nous nous avouons incapables de résoudre ce problème. Si, dans certains cas, hystérie et épilepsie peuvent avoir des points de contact, c'est sans doute parce qu'elles sont issues toutes deux du terrain névropathique.

CHAPITRE II

Associations

Il n'est pas rare de voir l'hystérie s'associer à une maladie organique, et la notion d'associations organico-pithiatiques est classique. Bien étudiées pendant la guerre par Babinski et Froment, Roussy et Lhermitte, ces associations méritent, en effet, une place importante en neurologie.

Chez les individus susceptibles, par leur état mental, de faire des manifestations d'hystérie, il suffit, pour que celles-ci se déclanchent, d'une occasion ; or, il n'en est certainement pas de meilleure qu'un trouble organique, qui réalise presque toujours les conditions d'émotion, d'auto-suggestion et parfois même d'hétéro-suggestion favorables au développement de l'hystérie.

La coexistence, chez le même sujet, de crises d'hystérie et de crises d'épilepsie nous paraît être une forme particulière de ces associations organico-pithiatiques.

Mais ici le trouble organique, l'épilepsie, implique souvent à lui seul des tares psychopathiques constitutionnelles, des tendances dégénératives, un état mental particulier, qu'on retrouve fréquemment ou avec des caractères voisins, chez les hystériques. D'autre part, l'épilepsie étant une maladie à paroxysmes, les crises pithiatiques alternent avec ces derniers et en fourniront souvent une imitation plus ou moins fidèle.

L'existence de ce genre d'association n'est pas à discuter. Connue depuis longtemps, nombreux sont les auteurs qui en ont signalé des cas. Déjà Beau, en 1836, admettait que l'hystérie pouvait coïncider avec l'épilepsie. Esquirol, en 1838, écrivait : « Il est des hystériques qui sont en même temps des épileptiques... Avec un peu d'habitude on reconnaît fort bien, lorsque les attaques sont séparées, à laquelle des deux maladies appartiennent les convulsions auxquelles les malades sont actuellement en proie. » De même Landouzy, en 1846, qui crée le terme d'hystéro-épilepsie à crises distinctes, Moreau (1865), Charcot, plus récemment, admettent cette coexistence. Bernheim disait à la Société de psychiatrie, le 18 janvier 1912 : « L'épilepsie peut engendrer l'hystérie, donnant lieu à des crises hystériques alternant avec les crises épileptiques. »

Pour Babinski et Froment (1917) : « Il ne faut pas oublier qu'un même individu peut être sujet tantôt à des crises hystériques, tantôt à des crises épileptiques. »

Pour Behague (1919) : « Il n'est pas rare qu'un épileptique, entre deux accès, présente des crises hystériques typiques. »

On peut donc affirmer que tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître l'existence de cette association et attirer l'attention des cliniciens sur les erreurs de diagnostic qui peuvent en résulter.

Quant à sa fréquence, elle ne serait pas très grande. Charcot la retrouve 20 fois sur 276 sujets atteints de crises convulsives. Bratz et Falkenberg en signalent 31 cas sur 386 femmes et 7 sur 223 hommes. Mais, si ces cas paraissent relativement rares, c'est peut-être que ce diagnostic d'association n'est pas systématiquement recherché, parce qu'on est trop porté à se contenter de la vue d'une seule crise, surtout si elle est typique, pour se faire une opinion et enfin parce qu'il n'est pas toujours possible de soumettre le malade à une observation prolongée .

Voici comment se présentent ces associations : souvent il s'agit de malades envoyés à l'hôpital avec le diagnostic « crises nerveuses, crises convulsives, crises épileptiformes » (quand ce n'est pas hystéro-épilepsie), ce qui dénote l'incertitude du médecin quant à la nature véritable des crises. Ce dernier a relevé, par son interrogatoire et son examen, des symptômes en faveur de l'hystérie, d'autres en faveur de l'épilepsie. Par exemple, d'une part, il a constaté des cicatrices sur la tête et sur le visage et, d'autre part, on lui a affirmé que certaines crises durent plus d'une heure.

Se méfiant, comme il est toujours prudent de le faire, du récit du malade ou de son entourage, le médecin n'a pas voulu se prononcer sur la nature des crises et a réservé son diagnostic. Observant le malade plus

longuement, on s'aperçoit qu'il est sujet aux deux types de crises. Sa famille et lui-même, incapables de les différencier, attribuaient tous ces accès à la même origine

Bien souvent le diagnostic n'inspire au premier abord aucune hésitation. Le malade se présente comme un épileptique certain : il a des crises avec chute brusque, perte de connaissance, morsure de la langue, perte des urines, etc...; il porte à la tête ou au visage des cicatrices, signatures de traumatismes parfois assez graves. Après quelques jours d'hospitalisation on constate que le malade prend, à l'occasion d'une contrariété, d'une visite, d'une lettre, des crises dont la nature ne fait aucun doute : agitation considérable, contorsions, sauts de carpe, opisthotonos d'une durée d'une heure et plus, etc... La psychothérapie forte, aidée du torpillage, fera cesser complètement et assez rapidement ce genre de crises ; elle n'aurait, bien entendu, aucune action sur les paroxysmes épileptiques.

Mais il est des cas, et nous en avons observé un certain nombre, dans lesquels le malade, comitial incontestable, ne présentera pas spontanément de manifestations hystériques. Cependant, soumis à l'épreuve de la suggestion aidée du courant électrique, il prendra une crise pithiatique typique. Sans cela nous n'aurions jamais soupçonné chez lui des tendances à l'hystérie.

D'autres fois, le malade se présente tout d'abord comme un vulgaire hystérique ; il en a non seulement les crises, mais parfois même le psychisme. Et pourtant, un interrogatoire précis, une enquête sérieuse, révéleront des crises dans l'enfance à un âge où l'hys-

térie est rare, des crises ayant occasionné des chutes dangereuses, des brûlures ou des traumatismes sérieux.

On pourra, comme dans les cas précédents, affirmer qu'il s'agit d'association d'hystérie et d'épilepsie.

Dans tous ces cas d'associations, les crises comitiales et les crises pithiatiques se succèdent ou alternent sans aucune régularité, les premières survenant souvent la nuit, les autres survenant de préférence dans le jour et particulièrement les jours de visite. Il ne semble exister aucune relation entre la fréquence des unes et celle des autres. Si l'individu est dans un milieu favorable à l'hystérie, ou s'il n'est pas traité énergiquement on pourra voir augmenter considérablement le nombre des crises hystériques, celles-ci se déclanchant à l'occasion des faits les plus insignifiants.

Il n'y a pas non plus de relation entre l'intensité des convulsions épileptiques et celle des convulsions hystériques, ces dernières étant généralement beaucoup plus violentes et beaucoup plus impressionnantes pour un spectateur non averti. Certains malades n'ayant que des équivalents comitiaux : crises frustes, vertiges, absences, peuvent prendre de grandes crises convulsives d'origine pithiatique. On en trouve plusieurs observations dans les thèses de Lallemand et de Battini.

Nous avons indiqué dans notre chapitre « historique » ce qu'il faut penser des crises prétendues mixtes et du terme d'hystéro-épilepsie. Nous n'y reviendrons pas. Bornons-nous à dire ceci : si les crises d'hystérie et celles d'épilepsie peuvent se succéder ou alterner, il est difficile d'admettre leur combinaison dans le même moment. Qu'il se produise des phénomènes pithiatiques

dans la courte période qui fait suite à la perception de l'aura et qui précède l'accès comitial ou après cet accès, dans la période d'obnubilation, ce n'est pas impossible et Féré en cite quelques cas. Mais, comme le fait justement remarquer Gascard : « On comprendrait mal que la perte de conscience impliquée par la crise d'épilepsie permette au psychisme de l'hystérique de créer la suggestion ou l'émotion qui sont à la base de la convulsion hystérique. »

Une autre question se pose : dans ces associations est-ce l'hystérie ou l'épilepsie qui a commencé ? C'est ce qu'il est difficile de mettre en évidence dans la plupart des observations.

La majorité des auteurs admettent que ce sont des crises épileptiques qui ouvrent la scène.

Pour Charcot : « l'hystérie viendrait se greffer sur l'épilepsie et à son heure, c'est-à-dire à l'époque de la puberté sous l'action de causes diverses et en particulier des émotions morales ».

Pour Muttlerer : « l'hystérie viendrait se greffer sur un organisme déjà affaibli par la comitialité ». De même pour Bratz et Falkenberg, pour Bernheim, l'hystérie se développe secondairement. Il est des cas cependant où elle paraît avoir ouvert la scène et on trouve plusieurs observations dans les thèses de Lallemand et de Gascard. Ceci n'a rien de surprenant : il n'est pas interdit à un hystérique de devenir épileptique. Mais il est bien certain que ce sont le plus souvent les crises comitiales qui débudent et cela pour plusieurs raisons que nous allons essayer d'exposer.

D'abord l'épilepsie commence très souvent dans l'enfance, entre 8 et 15 ans, alors que l'hystérie est une maladie qui apparaît surtout à la puberté ou plus tardivement.

D'autre part, l'épilepsie, maladie organique, peut favoriser le développement de l'hystérie, maladie psychique. A notre avis, le plus souvent cette association de crises convulsives hystériques et épileptiques n'est *pas une simple coïncidence* et un comitial est plus qu'un autre prédisposé et préparé aux phénomènes convulsifs pithiatiques. D'abord les épileptiques ont des tares psychopathiques constitutionnelles, une hérédité névropathique. On trouve dans leurs ascendants et collatéraux des aliénés, des hystériques, des alcooliques. Ils présentent assez fréquemment les diverses modalités de déséquilibre; ils sont souvent hyperémotifs et, par suite, facilement suggestionnables. C'est ce que nous appellerons le terrain psychopathique prédisposant au développement des accidents hystériques, question à laquelle nous avons réservé un chapitre de notre thèse.

Mais outre cette question du terrain, sur laquelle nous reviendrons ultérieurement, l'épilepsie paraît favoriser le développement de crises pithiatiques.

En effet, les épileptiques trouvent facilement dans l'interrogatoire du médecin, dans le récit qu'on leur a fait de leurs crises, dans l'idée qu'ils s'en font, dans les vagues souvenirs qu'ils peuvent conserver de l'aura ou de la période confusionnelle, les matériaux nécessaires, l'imagination aidant, à la reconstitution d'une crise convulsive. Voici d'ailleurs l'opinion de Bernheim : « L'épilepsie, dit-il, est hystérogène, l'hystérie

n'est pas épileptogène... J'ai vu souvent des épileptiques avoir secondairement des crises d'hystérie convulsive... Ces crises, comme je l'ai montré, sont toujours d'origine émotive et peuvent se répéter par représentation mentale auto-suggestive. Or l'épileptique, sous l'imminence d'accès, a toujours une appréhension émotive ; il garde la représentation mentale non de la convulsion, qui est inconsciente, mais de l'aura précurseur qui est consciente. Cette aura peut quelquefois ne pas aboutir à la crise. Alors quand l'aura se présente seule ou quand elle est évoquée par auto-suggestion, l'idée émotive de la crise est éveillée. »

Il nous semble, en effet, d'après ce que nous avons observé, que l'état d'épileptique crée souvent des conditions éminemment favorables à l'hétéro et à l'auto-suggestion, aussi bien dans le milieu familial que dans le milieu hospitalier. Dans sa famille, l'épileptique est généralement l'objet d'attentions particulières : on s'occupe de lui, on évite de le laisser seul, on l'accompagne s'il veut sortir. On supporte patiemment ses sautes d'humeur et son mauvais caractère, les mettant à tort ou à raison sur le compte de sa maladie. D'autre part on lui décrit ses crises parfois avec complaisance ; on en parle devant lui, on y fait allusion à tout propos. En somme, l'entourage de l'épileptique crée involontairement et inconsciemment autour de lui une atmosphère propre aux réactions hystériques.

Le médecin lui-même, s'il veut se renseigner sur la forme et la nature des crises, est obligé de prononcer devant son malade des mots susceptibles d'éveiller une idée, une représentation mentale des symptômes et de

provoquer par suite la suggestion. C'est le cas pour des questions telles que : « Vos crises ne surviennent-elles pas après une contrariété, après une émotion ? Savez-vous si vous vous débattiez violemment, si vous vous roulez par terre, si vous renversez les meubles, si vous vous placez en arc de cercle, etc., etc.. ? »

Dans le milieu hospitalier où, souvent, non seulement les épileptiques mais encore tous les malades ayant des crises convulsives sont placés dans la même salle, il ne faut point s'étonner de voir le comitial devenir en même temps un hystérique. Là, chaque malade assiste en spectateur intéressé aux crises des autres, les encourageant par sa présence et préparant la sienne par suggestion. Et il est certain que, si les hystériques n'étaient pas actuellement traités comme il convient, on verrait, comme à la Salpêtrière au temps de Charcot, de véritables épidémies de crises calquées les unes sur les autres et s'influençant mutuellement par une sorte d'émulation.

A l'hôpital militaire (c'est là surtout que nous avons recueilli nos observations et étudié les faits que nous rapportons ici), nous avons pu constater combien la vue d'une crise, indépendamment de sa nature, frappe l'imagination des jeunes malades et en particulier de ceux qui se savent épileptiques. Quand un malade a eu un accès, ses voisins en parlent, le commentent ; si le médecin n'y a pas assisté il se trouve toujours plusieurs volontaires pour le lui décrire, chacun à sa manière, mais toujours avec un grand luxe de détails. Les crises font partie des faits divers qui rompent la monotonie de la vie de la salle ; aussi sont-elle consi-

dérées sinon avec complaisance, du moins avec intérêt.

On est frappé, en consultant la bibliographie relative au diagnostic des crises convulsives et à leurs associations, de la part importante qu'y occupent les publications des médecins militaires et les thèses faites dans des services de neurologie militaire. Pour ne citer que quelques-unes des plus récentes, nous indiquerons les articles de MM. Chavigny, Rouquier et Vuillaume, Folly, etc...; les thèses de Michaud, de Battini, de Gascard, etc...

C'est que pour le médecin militaire le diagnostic de la nature des crises convulsives est très important, car il entraîne des décisions graves. Aussi, dans l'armée, doit-on toujours envisager, en présence de crises d'hystérie ou d'épilepsie, la possibilité d'association de ces deux maladies, ce qui peut modifier considérablement non seulement le pronostic et le traitement mais encore les décisions relatives à la réforme.

D'autre part il est possible que cette association soit plus fréquente dans l'armée. D'après Skrafimof et Soukhanof, de même que d'après Bratz et Falkenberg, elle ne se rencontrerait que chez de jeunes sujets. Il n'est donc pas étonnant qu'elle soit fréquente chez le jeune soldat. D'ailleurs le désir de réforme, le désir de se soustraire à certaines obligations du service militaire, crée chez le jeune soldat un certain état d'esprit et en particulier cette poursuite plus ou moins consciente d'un but utilitaire, qu'on trouve très souvent, pour ne pas dire toujours, à l'origine des manifestations pithiatiques. Le soldat mis en observation pour des crises comitiales et qui compte sur elles pour se

faire réformer, attend avec impatience la crise libératrice. Il est donc dans d'excellentes conditions pour préparer une crise par suggestion pour peu qu'il soit prédisposé à l'hystérie. Hâtons-nous de dire qu'il ne s'agit pas ici de vulgaires simulateurs. On se rend très bien compte en soumettant ces malades à un examen psychologique sérieux que s'ils trompent les autres ils se trompent aussi eux-mêmes et sont les premières victimes de leur mensonge. Dans les cas d'association dont nous nous occupons ici, les malades ne savent pas ou ne paraissent pas savoir qu'ils ont deux sortes de crises. Si leur bonne foi est relative, si on arrive souvent à mettre en évidence chez eux le désir d'obtenir un avantage quelconque, de se tirer d'une situation embarrassante, d'étonner ou d'apitoyer l'entourage, la conscience de leur mensonge, toujours très atténuée au début de leurs manifestations, finit par disparaître complètement à mesure que se cristallise le syndrome. « L'hystérie est en quelque sorte une demi-simulation » (Babinski). « Distinguer l'hystérie de la simulation c'est apprécier le degré de conscience qui pénètre une attitude pathologique » (Roussy et Lermite).

En résumé, l'association chez le même sujet des deux types de crises convulsives nous paraît assez fréquente, surtout dans le milieu militaire. Beaucoup d'épileptiques sont susceptibles de faire de l'hystérie, comme le montre l'épreuve de la suggestion par le courant électrique, en déterminant souvent chez eux des convulsions pithiatiques.

La coexistence chez le même malade de crises comitiales et de crises pithiatiques *ne nous paraît pas être*

une simple coïncidence. L'épilepsie favorise le développement de l'hystérie, d'abord par le déséquilibre neuro-psychique qu'elle implique généralement, et ensuite parce qu'elle fournit à l'imagination du malade les matériaux avec lesquels il pourra élaborer une crise convulsive, les émotions qui peuvent la déclancher et l'atmosphère favorable à son développement.

OBSERVATION I (personnelle)

A. Se..., cavalier au 2^e dragons, âgé de 20 ans, est mis en observation dans le service de neuro-psychiatrie de l'hôpital Desgenettes pour des crises épileptiformes (engagé volontaire, environ trois mois de service).

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident. Mère tuée par un obus pendant la guerre. Celle-ci aurait toujours été nerveuse, se mettant facilement en colère.

Antécédents collatéraux. — Le malade a quatre sœurs et deux frères qui seraient tous très nerveux, en particulier une de ses sœurs, qui a présenté des crises analogues aux siennes.

Antécédents personnels. — Pas de maladies graves, sauf la grippe en 1918, avec insomnie marquée. La spécificité est niée. Pas d'éthylisme.

Les crises dont se plaint le malade sont apparues pour la première fois en 1925 (il avait alors 17 ans). Le soir, après son travail, ayant eu une discussion avec sa sœur, il se retire dans sa chambre et a sa première crise. La chute se produit sans aura, alors que le malade était assis sur le bord du lit, avec perte de connaissance, mouvements toniques et cloniques violents. Mais il n'y a ni morsures de la langue, ni blessures consécutives à la chute ou aux convulsions; ni émission involontaire d'urine. Il ne peut préciser la durée de cette crise;

mais se souvient très bien, après avoir été relevé par sa sœur, être resté assis dans un fauteuil toute la soirée, abattu, ne causant pas et souffrant de la tête.

Par suite, le malade a eu des rechutes de plus en plus fréquentes, se renouvelant d'abord à raison de une par mois, ensuite tous les dix à douze jours. Ces crises ont été du même type que la première et survenaient toujours, d'après le malade, à la suite d'une contrariété.

A deux reprises, il a été atteint, étant à bicyclette, et il s'est blessé légèrement une fois à la poitrine et l'autre fois à la main gauche.

Incorporé le 13 mars 1927, il a eu à la caserne trois crises, dont une pendant qu'il était à cheval, nécessitant son transport à l'hôpital Desgenettes, où il a été traité pour une fêlure du frontal et une fracture des os du nez. Cette crise n'aurait été précédée d'aucun choc moral. Elle a été marquée par une perte de connaissance absolue et une agitation extrême. Il n'y a pas eu de morsure de la langue.

Depuis son entrée à l'hôpital, le malade a eu de nombreux accès, tous du type hystérique, survenant plus particulièrement les jours de visite et jamais la nuit, avec des mouvements désordonnés d'une exagération évidente, et durant aussi longtemps que le personnel ou les autres malades prenaient soin de lui, ou paraissaient s'intéresser à son sort.

Une crise a été obtenue très facilement par suggestion, à l'aide du courant électrique. De caractère nettement pithiatique, elle s'est manifestée par une chute suivie de mouvements désordonnés et violents, contorsions, opisthonas, sauts de carpe, etc. Elle a cessé aussi très facilement sous l'influence de la contre-suggestion (compression de la région mammaire).

L'examen physique, rendu difficile par l'appréhension du malade, est négatif. Les réflexes paraissent vifs; mais le sujet contracte ses muscles dès qu'on le touche et accuse de l'hyperesthésie. Les pupilles réagissent bien à la lumière; mais il semble avoir une certaine lenteur du réflexe pupillaire à l'ac-

commodation. Le champ visuel est normal. Pas de troubles sensitifs, ni de troubles moteurs.

L'examen psychiatrique détermine chez le malade une attitude à la fois craintive et hostile. Sa physionomie est expressive, mobile; son regard est méfiant. Il répond assez bien aux questions qu'on lui pose, mais se montre quelque peu réticent.

Il est allé à l'école pendant deux ans et prétend n'avoir jamais pu retenir ce qu'il apprenait. Il sait cependant lire, écrire, et compte sans trop de difficulté. Bien que d'une intelligence médiocre, ce n'est pas un débile.

En revanche, il a toujours été irritable, impulsif et a souvent obéi à des coups de tête.

Ce malade a toujours travaillé à la campagne, changeant souvent de patron à la suite de discussions et pour des motifs futiles, il présente incontestablement une réelle instabilité. Il n'a jamais fait de fugues, ni commis de violences.

A dix-neuf ans, il s'est engagé sur un coup de tête (difficultés avec sa famille); au régiment, il n'en encouru aucune punition.

Depuis son enfance, cet homme a toujours été triste, déprimé, anxieux, recherchant la solitude et ne se mêlant pas aux jeux de ses camarades; d'ailleurs, il n'a jamais eu d'amis. A la caserne, dans la chambrée, il reste seul sur son lit, sans prendre part aux conversations de ses camarades; selon son expression, il a « perpétuellement le cafard ».

Ses sentiments affectifs ne paraissent pas très développés. Il vit continuellement dans la crainte d'un désagrément; mais ses craintes sont égoïstes et il avoue une certaine indifférence pour sa famille.

L'examen révèle une certaine hyperémotivité ; la prise de l'observation semble l'effrayer : au cours de l'examen des réflexes, il se contracte, se défend et prétend qu'on lui fait mal.

On constate d'ailleurs chez ce malade une tendance à l'exagération et aux manifestations extérieures, et, sur une obser-

vation sans importance de l'infirmière de service, il proteste violemment en gesticulant; il veut prendre à témoin tout le personnel et ses voisins de lit, pour se justifier.

Comme il a été noté plus haut, on a observé chez lui, pendant son séjour à l'hôpital, des crises hystériques typiques et on a pu en provoquer une par suggestion.

Conclusions. — *Le malade, pendant son séjour à l'hôpital, n'a présenté que des crises de type pithiatique ou hystérique. Une crise tout à fait caractéristique a été provoquée par suggestion, à l'aide du courant électrique et a été arrêtée par contre-suggestion.*

D'autre part, avant et après son incorporation, le malade a eu des crises de type comitial au cours desquels il s'est blessé assez sérieusement au niveau de la face et de la poitrine. La perte de connaissance semble donc avoir été, à ce moment, totale. Il présente des cicatrices comme on n'en rencontre que chez les comitiaux. Enfin, le sujet se présente comme un petit déséquilibré de l'émotivité et de l'action : il est irritable, impulsif, instable, réagit d'une façon excessive à un choc moral, à un ennui ou à une contrariété. Il paraît passablement égoïste.

Il s'agit, en somme, d'association organico-pithiatique (épilepsie cryptogénique à manifestations convulsives, relativement tardives, sans équivalents) chez un petit déséquilibré.

OBSERVATION II (personnelle)

Le soldat Na... a 22 ans. Il est envoyé dans le service de neuro-psychiatrie de l'hôpital Desgenettes, à la suite de la visite d'incorporation, pour « crises nerveuses ».

Déjà ajourné en 1925 pour « faiblesse générale », il est réformé temporairement en 1926, pour ses crises et finalement versé dans le service auxiliaire.

Antécédents héréditaires. — Père tué à la guerre; mère atteinte de bronchite chronique.

Antécédents collatéraux. — Un frère de 19 ans présentant depuis deux ans des crises probablement pithiatiques: ce sont des crises d'étouffement fréquentes, ayant pour point de départ une douleur au côté gauche et survenant presque toujours à la suite d'une contrariété. Une sœur et un frère morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Le malade a toujours été maigre et plutôt chétif; il a contracté la variole à 3 ans. Il nie la spécificité et l'éthylisme.

Sa première crise remonte à l'âge de 10 ans. Rentrant de l'école, il est pris d'un malaise général, éblouissements, céphalées. Il se met aussitôt au lit où il perd connaissance et se débat violemment. Il serait resté deux ou trois jours sans retourner à l'école.

Plusieurs années après, à l'âge de 19 ans, il a une nouvelle crise se présentant de la même façon que la première : après un éblouissement qui survient au cours d'une promenade, il rentre chez lui et se couche. Là, il perd connaissance et se débat pendant quelques minutes.

A partir de ce moment, il aura une rechute tous les deux ou trois mois, survenant toujours à la suite d'éblouissements ou de secousses musculaires et s'accompagnant de chute, s'il ne se met pas immédiatement au lit dès qu'il se sent pris de malaise. Il est tombé, en se faisant quelques ecchymoses, une fois à l'usine où il travaillait et une autre fois chez lui.

Pris bon pour le service armé en 1926, il reste au régiment deux mois et huit jours. Pendant ce court espace, il a deux crises avec chute, perte de connaissance complète et quelques mouvements convulsifs. A la suite de ces accidents, il est réformé temporairement.

Versé dans le service auxiliaire en 1927, après enquête de la gendarmerie, il est rappelé sous les drapeaux; mais, à la suite de la visite d'incorporation, il est placé en observation dans le service de neuro-psychologie de l'hôpital Desgenettes,

L'épreuve de la suggestion par le courant électrique provoque chez lui une crise pithiatique typique : contracture musculaire généralisée, chute, bonds désordonnés, mouvements violents, sauts de carpe, arc de cercle, etc. Cette crise est arrêtée aussitôt par suggestion en appuyant sur les tempes.

L'examen somatique et l'examen neurologique sont négatifs. Les réflexes sont normaux.

Au point de vue psychiatrique, on ne relève ni débilité, ni déséquilibre accentués. Le malade, qui est allé peu de temps à l'école, possède les connaissances élémentaires. C'est un bon ouvrier qui n'a jamais eu de difficultés ni avec sa famille, ni avec ses patrons, ni avec ses camarades. Il n'a jamais fait preuve d'impulsivité ou d'irritabilité. Ses sentiments affectifs paraissent normaux. On remarque cependant chez lui une grande impressionnabilité et une certaine plasticité imaginative qui le rend apte à se laisser facilement suggestionner.

Outre la crise provoquée, qu'on a obtenue facilement chez le malade, on a pu, en le prévenant que la compression de certaines régions (tempes, globes oculaires, cou) étaient susceptibles de faire naître des douleurs à distance, obtenir la manifestation de ces douleurs dans le territoire indiqué (thorax, abdomen).

Conclusions. — *Il s'agit en somme d'un malade atteint de manifestations convulsives de type comitial, survenues pendant la deuxième enfance, assez rares d'autre part, et chez lequel il a été facile de provoquer par suggestion une crise à l'aide du courant électrique. Cette crise a été du type pithiatique aussi caractéristique que possible. D'autre part, le fond mental du sujet est absolument celui des hystériques (suggestionnabilité, plasticité imaginative, impressionnabilité).*

OBSERVATION III (personnelle)

Ga. L. Agé de 21 ans. Réformé n° 2 pour équivalents comitiaux au mois de février 1928.

Antécédents héréditaires. — Son père, alcoolique invétéré, est mort jeune; sa mère est en bonne santé.

Antécédents collatéraux. — Sa sœur et deux de ses frères sont morts de tuberculose pulmonaire entre 18 et 20 ans.

Antécédents personnels. — Le malade n'a pas d'antécédents pathologiques personnels. Il n'a pas eu de convulsions dans son enfance, mais a été un enfant volontaire et capricieux.

Il est difficile de faire remonter le début de l'affection actuelle à une date déterminée.

A 17 ans, le malade est tombé d'un échafaudage sur lequel il travaillait. Relevé sans connaissance, il a été soigné plusieurs jours à l'hôpital de Bourg-d'Oisans, pour des contusions multiples, mais sans traumatismes graves, de la région crânienne. D'après les renseignements assez vagues fournis par ce malade, il est impossible d'attribuer cette chute à la comitialité plutôt qu'à un accident banal.

Deux ou trois mois plus tard, il tombe à nouveau d'une échelle par suite de circonstances qu'il ne peut expliquer : il ne peut dire s'il est tombé parce qu'il a perdu connaissance, ou s'il a perdu connaissance par l'effet de sa chute. Il s'est fait des contusions sans gravité, qui ont rapidement guéri.

Travaillant dans un chantier, il serait encore tombé en mars 1925, sans qu'il puisse rattacher cette chute à une cause extérieure.

Mais, lors de ces divers accidents, le malade n'a présenté ni auras, ni mouvements convulsifs, ni perte d'urine ou de matières, ni morsures de la langue. En revanche, il y a eu chaque fois perte de connaissance et des traumatismes plus ou moins graves.

Incorporé le 10 novembre 1927, il fait au régiment, le 5 dé-

cembre suivant, une chute de cheval, au cours d'une séance de voltige. Il aurait subi à ce moment-là une contusion de la région latérale droite de l'abdomen. Relevé sans connaissance il est envoyé à l'hôpital Desgenettes, dans un service de chirurgie, où il reste 20 jours. On a dû le sonder les trois premiers jours, parce qu'il présentait de l'anurie. Il prétend, à la suite de cet accident, avoir souffert longtemps de douleurs internes, qui se manifestaient au moindre effort.

Quelques jours après son retour au régiment, le 4 janvier 1928, à 8 heures du soir, étant assis sur son lit, il est tombé brusquement sur le sol. Il est resté quelques minutes sans conscience, puis est revenu à lui, légèrement obnubilé, mais sans avoir présenté de mouvements d'aucune sorte.

Envoyé immédiatement à l'hôpital Desgenettes, il s'est endormi d'un profond sommeil et a accusé le lendemain, à son réveil, de la céphalée et une grande lassitude.

Soumis à l'épreuve de la suggestion, à l'aide du courant électrique, le malade a eu une crise convulsive de type hystérique, sans perte de connaissance, mais avec mouvements désordonnés des membres.

Il est réformé n° 2 le 12 février 1928, pour « équivalents comitiaux d'origine antérieure au service ».

Revenu dans ses foyers, cet homme reprend son travail : tantôt comme maçon (manœuvre), tantôt comme ouvrier agricole ; mais ses équivalents se reproduisent fréquemment, toujours du même type. Brusquement, et sans être prévenu par une aura quelconque, il tombe là où il se trouve et reste quelques minutes sans connaissance. Quand il revient à lui, il est obnubilé et très las. Il n'a jamais eu de mouvements convulsifs et ne s'est jamais mordu la langue ; mais à plusieurs reprises, il est tombé malencontreusement soit sur des outils, soit d'un lieu élevé, se faisant parfois des blessures / assez importantes, dont il conserve les cicatrices sur diverses régions du corps, en particulier sur les membres, sur le dos et sur le cuir chevelu.

Ces équivalents se reproduisent de façon très irrégulière, tantôt toutes les semaines, tantôt tous les quinze jours. Ils

obligent souvent le malade à interrompre son travail plusieurs jours, soit à cause des blessures occasionnées par la chute, soit par suite de l'état de lassitude qui leur succède.

Aussi demande-t-il une pension pour « aggravation », faisant valoir l'accident de cheval qu'il a eu au régiment.

L'examen neurologique est négatif : la réflexivité est plutôt vive, la motricité et la sensibilité sont normales. L'examen des autres appareils ne révèle aucun signe de lésions organiques, ni aucun trouble fonctionnel. On ne relève pas de stigmates somatiques de dégénérescence.

L'examen mental révèle un léger déséquilibre. Le sujet, quoique d'aspect assez éveillé au premier abord, et répondant assez bien aux questions qu'on lui pose, apparaît comme un peu débile. La somme de ses connaissances est très au dessous de la moyenne des individus de son milieu. Il n'est pas illettré et est allé à l'école pendant trois ans; mais il lit et écrit avec difficulté, sait à peine compter, est incapable de faire une addition un peu longue et ignore la table de multiplication. Son attention est difficile à fixer, sa mémoire un peu déficiente. Les patrons qui l'ont employé le considèrent comme « simple d'esprit ».

Son affectivité ne semble pas sensiblement diminuée. Il aime bien sa mère, dit-il, mais ne peut supporter d'elle la moindre observation. Il profère souvent contre elle, étant en colère, des injures et des menaces ; mais prétend le regretter ensuite. Cependant, assez égoïste, il semble trouver tout naturel que sa mère supporte son mauvais caractère. Sa maladie l'inquiète surtout parce qu'elle l'empêche de trouver du travail ; les patrons, dit-il, ne veulent plus l'employer parce qu'ils redoutent un accident. Mais il n'a pas de préoccupations hypocondriaques.

Il attribue son mal à la chute de cheval qu'il fit au régiment et désire obtenir une pension.

Son caractère est dominé, comme celui de beaucoup d'épileptiques, par l'instabilité, l'irritabilité et l'impulsivité.

Il ne peut rester en place et change souvent de patrons

sans motif ; ceux-ci ont remarqué qu'il travaillait d'une manière désordonnée.

D'une humeur variable, il réagit excessivement à la moindre contrariété. Il se met dans de violentes colères pour des futilités et ne peut supporter la plus petite observation ou contradiction. Alors il s'agite, brise des objets et injurie les personnes qui l'entourent. Il a plusieurs fois menacé sa mère dont la moindre réflexion l'irrite ; il ne l'a jamais frappée, dit-il, mais avoue avoir été souvent sur le point de le faire. De même dans les chantiers où il travaille, il s'est disputé très souvent avec ses patrons ou ses camarades.

Très impulsif, il lui arrive souvent de quitter subitement son travail pour aller au café, parce que, dit-il, « l'idée d'aller boire le prend » ; mais il ne s'enivre jamais et ne boit que très modérément.

Il n'a jamais fait de fugues, ni eu d'impulsions inconscientes.

Le sujet paraît émotif, avec un bégaiement assez accentué, qui s'exagère quand il est troublé et dans la période de dépression qui succède à ses crises.

Conclusions. — Crise de type pithiatique provoquée par le courant électrique chez un sujet qui présente, d'autre part, des équivalents comitiaux avec perte de connaissance et chute. Léger déséquilibre neuro-psychique (nervosisme, irritabilité, instabilité, impulsivité). Sujet instable, qui change souvent de patrons, travaille par saccades et se met facilement en colère. Légère tendance revendicatrice ; bien que les accidents comitiaux soient incontestablement antérieurs à l'incorporation, le malade en attribue l'origine à un accident de cheval survenu pendant son service militaire.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Docteur BOURRAT)

M. C..., couturière, âgée de 21 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le

22 juin 1927 pour « crises pithiatiques avec manifestations multiples ».

On ne peut rien savoir de ses antécédents héréditaires : elle est enfant de l'Assistance Publique.

Dans ses antécédents personnels, on relève tout d'abord, à l'âge de 6 ou 7 ans, des crises convulsives, probablement comitiales, avec perte de connaissance, chute et mouvements convulsifs de courte durée.

Elle est réglée à 13 ans. A ce moment les crises ont augmenté de fréquence, mais conservent les mêmes caractères. Plusieurs médecins consultés à cette époque ont porté le diagnostic d'épilepsie et lui ont fait prendre du gardénal. Ses règles ont toujours été douloureuses et accompagnées de troubles divers : maux de tête, vertiges, somnolence, agitation, irritabilité, troubles qui cessaient dans l'intervalle des périodes menstruelles.

A 15 ans et demi, à la suite d'un trauma affectif et... génital, la malade présente des manifestations diverses dont la nature pithiatique ne fait aucun doute.

Son patron, pour lequel elle nourrissait, dit-elle, une affection filiale, l'a violée, et leurs relations, sans qu'elle s'en plaignît du reste, ont duré deux ou trois mois. Puis le patron, qui avait depuis quelque temps des idées de suicide, a mis son dessein à exécution. M. C... en a ressenti une forte émotion et c'est à partir de ce moment que des crises très diverses sont apparues.

La malade prétendait avoir besoin d'isolement et de silence, les conversations, les chansons et la musique lui étaient insupportables, et le bruit provoquait chez elle des manifestations pithiatiques : contracture musculaire, crispation des pieds, marche bizarrement déformée, grandes gesticulations, sauts de carpe, etc.

Il y a 6 mois, ces périodes d'agitation deviennent plus fréquentes et se produisent, en général, de la manière suivante : subitement la malade se plaint de lourdeur de tête, elle a du larmoiement, pousse des cris, sanglote, se contorsionne, se

roule par terre pendant des heures. Quand la crise est terminée, elle s'inquiète du lieu où elle se trouve, des personnes qui l'entourent. Au cours des crises, on n'a jamais constaté ni aura, ni morsures de la langue, ni traumatismes, ni incontinence d'urine.

Le 22 juin, amenée pour une consultation médicale, elle est admise à l'hôpital en pleine crise et examinée. La malade, allongée en travers du lit, prend les attitudes les plus bizarres : bras en croix, jambes écartées, tête rejetée en arrière, oposthonas; elle agite ses doigts, comme pour saisir des objets imaginaires; pousse des cris aigus, suppliants, chante des cantiques, fait des réflexions puériles sur les gens qui l'entourent et simule un état confusionnel avec agitation.

La psychothérapie forte est essayée; quelques frictions énergiques, quelques menaces, suffisent à faire cesser cet état. La malade répond alors parfaitement aux questions qu'on lui pose; elle est bien orientée dans l'espace et dans le temps et ne présente aucun signe d'abattement ou de lassitude.

L'examen neurologique ne révèle rien de particulier : les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation; les réflexes sont normaux, peut-être un peu vifs. Quelques malformations dentaires (érosions aux dépens de la face antérieure des incisives) peuvent faire penser à une syphilis héréditaire. Le B. W. est négatif.

Au point de vue psychiatrique, on constate une certaine hyperémotivité et une certaine instabilité, sur un léger fond de débilité mentale. La malade réagit vivement à la moindre contrariété et pleure avec une facilité extrême pour des motifs futiles. Dans la place où elle travaillait, avant d'entrer à l'hôpital, elle éprouvait quelques difficultés avec sa patronne qu'elle accuse d'avoir la folie de la persécution; par contre, son patron était, dit-elle, à son égard, plein de sollicitude.

Pendant 3 mois, la malade a présenté, à l'hôpital, presque quotidiennement, des crises pithiatiques typiques, bruyantes et de longue durée, avec des zones d'anesthésie temporaire à la douleur, non au toucher.

Elle a quelques préoccupations hypocondriaques : elle se plaint d'une fistule anale qui est constatée à l'examen chirurgical et opérée dans le service du professeur Tixier le 27 juillet; elle prétend aussi que son estomac est malade et veut suivre un régime; elle dit également souffrir d'une métrorhagie, dont le diagnostic avait été porté il y a 4 ans par un médecin qu'elle avait consulté. Et ses douleurs seraient le point de départ de ses crises. Mais l'examen gastrique et l'examen gynécologique sont entièrement négatifs.

La malade quitte le service le 19 octobre complètement guérie.

En résumé épilepsie essentielle : crises convulsives typiques pendant la seconde enfance, traitée par le gardéal. Crises convulsives pithiatiques, avec troubles mentaux associés (déséquilibre, verbigération, après une série de chocs émotionnels : relations sexuelles avec un patron qu'elle aimait « comme un père » et qui s'est suicidé).

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le Docteur BOURRAT)

S. Jac..., 38 ans, boulanger, vient à la consultation de neurologie de l'Hôtel-Dieu, le 21 octobre 1924, pour des crises épileptiques.

Il n'a pas d'antécédents pathologiques, nie l'éthylisme et la spécificité. Il est marié et père de deux enfants en bonne santé, sa femme n'a jamais fait de fausses-couches.

En 1916, à Verdun, forte commotion par éclatement d'obus: le malade a perdu connaissance et a été évacué. C'est à la suite de cette commotion qu'il aurait eu ses premières crises. Il a été mis en observation dans un service de neurologie militaire et réformé en 1917 pour mal comitial.

Actuellement crises hebdomadaires sûrement épileptiques (perte de connaissance, morsures de la langue).

Le malade venant sous l'influence d'une crise récente est encore légèrement obnubilé et répond mal aux questions qu'on lui pose.

L'interrogatoire déclanche une crise nettement pithiatique que des paroles énergiques font cesser immédiatement.

Le 30 juillet 1928, le malade est revenu à la consultation. Il a fait quelques jours auparavant un état délirant. Cet état consécutif à une crise s'est manifesté par des hallucinations visuelles (agression par deux individus qui lui auraient demandé s'il faisait du commerce avec les Boches). Sommeil agité avec cauchemars mais sans zoopsie. Pendant l'interrogatoire on constate un léger état d'onirisme (incertitude entre le rêve et la réalité). Il s'agit probablement d'une intoxication éthylique : le malade avoue avoir bu quotidiennement du vin blanc et des apéritifs.

En somme, du point de vue qui nous intéresse, le malade, comitial et probablement éthylique, a pris, quelques heures après, un accès épileptique et à l'occasion d'un interrogatoire médical, une crise de type pithiatique.

CHAPITRE III

Formes de passage

Nous n'avons pas la prétention dans ce chapitre de vouloir établir un lien de parenté entre l'hystérie et l'épilepsie. Nous nous proposons seulement d'étudier des crises convulsives qu'il est impossible de faire rentrer dans le cadre d'une de ces deux maladies, non par insuffisance de diagnostic, mais parce qu'elles ne sont en réalité, ni franchement comitiales, ni franchement pithiatiques. Nous considérerons tout d'abord les transitions que l'on peut rencontrer entre la crise émotive d'une part et d'autre part les accès hystériques et les accès épileptiques. Ensuite nous décrirons des crises dont la nature est indéterminée et qui sont provoquées chez des névropathes par une excitation physique ou psychique quelconque.

La crise émotive est de notion classique, elle se déclenche généralement chez des sujets de constitution émo-

tive à l'occasion d'un choc moral. Elle se traduit par des phénomènes vaso-moteurs (vaso-constriction plus ou moins marquée de la face pouvant être suivie de vasodilatation), par des phénomènes spasmodiques : sensation de striction thoracique, suffocation, boule émotive. A ces phénomènes subjectifs peuvent s'ajouter un tremblement généralisé, et même des convulsions toniques et cloniques plus ou moins violentes. L'accès se termine le plus souvent par des larmes, des sanglots et une débâcle polyurique. Des crises de ce type ne sont pas forcément déclanchées par une émotion-choc intense. Elles peuvent être provoquées chez certains sujets par un ennui, une contrariété, des vexations, des sensations désagréables, et même se produire après un certain temps d'incubation et dans ce cas elles méritent plutôt le nom de crises d'énervement. Bénion confond, à tort croyons-nous, ces phénomènes d'énervement avec les accès d'hystérie convulsive : « La crise hystérique est une crise nerveuse d'origine émotionnelle... ni le pithiatisme, ni la mythomanie ne peuvent l'expliquer, ce sont des états qui peuvent coexister avec cette crise, mais aussi faire totalement défaut ».

Nous ne pouvons pas nous rallier à cette opinion. Il est possible que la mythomanie et le pithiatisme ne suffisent pas à expliquer l'hystérie, mais nous ne pensons pas qu'on puisse parler d'hystérie s'ils font totalement défaut, et la crise à manifestations théâtrales, qu'on peut provoquer, diriger et arrêter par suggestion n'est pas simplement émotionnelle.

Il faut donc distinguer la crise émotive ou d'énervement de la crise pithiatique. La première, comme le

fait justement remarquer Logre, « garde un caractère relativement discret et comme effacé ». Le sujet ne se met pas en scène, il est plutôt ennuyé de se donner en spectacle et souvent même recherche la solitude, « il a plutôt la pudeur que la coquetterie de son émotion ». D'autre part, la suggestion seule ne peut pas plus provoquer cette crise, qu'elle n'est capable de l'arrêter. Ce sont là autant de caractères qui différencient la crise émotive pure de la crise hystérique pure. Mais n'existe-t-il pas entre les deux des formes de passage? Les « crises de nerf », de certains enfants ou de certaines femmes ne sont pas simplement émotives; il s'y mêle plus ou moins vagues, plus ou moins conscients, des sentiments divers, tels que le désir de se faire plaindre ou d'obtenir gain de cause. Elles ne sont pas pourtant pithiatiques puisque ni l'auto-suggestion, ni l'hétéro-suggestion n'interviennent dans leur genèse. D'ailleurs à toutes les manifestations émotives peut venir se superposer un appoint imaginatif que l'observateur et même le malade sont parfois incapables d'apprécier.

D'autre part, une crise peut débiter par des manifestations purement émotionnelles et se continuer par des phénomènes pithiatiques. Il s'agit alors, comme dit Logre, « d'une crise émotive authentique souvent légère continuée ou amplifiée par la réaction hystérique. C'est une association hystéro-émotive ».

Enfin on pourra voir dans quelques cas un malade ayant eu une ou plusieurs crises émotives fixer son syndrome par suggestion et prendre par la suite sous l'influence du moindre choc moral une crise pithiatique imitant l'accès d'émotivité, mais exagérant le plus

souvent ses symptômes. Comme on l'a répété bien des fois: c'est le propre de l'imagination de ne pas savoir se borner. Le premier accès des hystériques qui n'ont jamais assisté à des phénomènes de cet ordre est, peut-être, une simple crise émotive, point de départ de leur auto-suggestion.

Et nous sommes amenés à considérer le rôle de l'émotion dans le déclenchement de la crise d'hystérie. Pour Bernheim, cette dernière « n'est que l'exagération de la réaction psycho-dynamique qu'une émotion vive produit normalement chez tous ». L'émotion, d'après cet auteur, serait le facteur principal de l'hystérie. Babinski et Dagnan-Bouveret ont montré que l'hystérie est de nature essentiellement imaginative. Pour ces auteurs l'émotion-choc n'interviendrait jamais directement dans la production des phénomènes pithiatiques comme le prouve la rareté des crises de ce genre, pendant la guerre, sur la ligne de feu.

Il nous semble qu'on peut admettre avec Logre que l'émotion intervient dans le mécanisme de la suggestion hystérique de deux manières: soit comme cause prédisposante, les secousses morales affaiblissant la personnalité et le sens critique, soit comme cause occasionnelle. Dans ce dernier cas, le choc émotionnel doit être d'une intensité moyenne, c'est-à-dire suffisante pour exciter la réaction imaginative et insuffisante pour inhiber complètement l'imagination.

Donc, à l'origine des accès convulsifs émotifs comme à l'origine des accès hystériques, on peut retrouver la même cause agissant peut-être de manière différente, l'émotion. Nous avons montré, d'autre part, qu'entre ces

deux phénomènes, pourtant bien différents dans leurs formes pures, pouvaient exister des transitions.

Mais en se plaçant à un autre point de vue, ne pourrait-on pas dire aussi qu'entre la crise émotive et la crise d'épilepsie il existe de véritables formes de passage ? Remarquons tout d'abord que ces deux types de crises peuvent se ressembler, non seulement par leur aspect clinique, mais encore par leur pathogénie. La pâleur de la face, les convulsions toniques et cloniques sont des symptômes qui peuvent être communs aux deux sortes d'accès. Si dans l'épilepsie caractéristique le début est plus soudain, la chute plus brutale, les mouvements convulsifs plus violents, certaines manifestations d'épilepsie larvée peuvent en apparence ne pas différer de la crise émotive.

Au point de vue pathogénique, ces deux sortes d'accès présentent également de grandes analogies.

Le paroxysme comitial peut-être considéré comme la conséquence d'un réflexe sympathique provoquant l'ischémie de l'écorce, celle-ci suffisant à expliquer à la fois la perte de conscience et les convulsions (libération des automatismes sous-corticaux et médullaires) (Hartemberg).

La crise émotive est également liée à des variations neuro-vasculaires, et la pâleur de la face observée dans la syncope émotive est comparable à celle de l'épileptique. On peut se demander avec Sizaret si « les crises comitiales, quelles que soient leurs causes, ne sont pas conditionnées dans leur apparition par un déséquilibre neuro-végétatif et l'augmentation de susceptibilité corticale ».

Le rôle de l'émotion dans le déclenchement de l'accès comitial est connu depuis fort longtemps et la plupart des auteurs l'ont admis. Celle-ci agirait comme « une excitation particulièrement remarquable de l'épilepsie » (Féré). Cela n'a rien de surprenant quand on sait l'influence de l'émotion sur le tonus vago-sympathique et les sécrétions endocriniennes. Les états émotifs, écrivent Roussy et Lhermitte, ne s'expriment pas seulement par des modifications de la mimique, de la sensibilité ou de la motilité, mais aussi par des perturbations viscérales passagères.

Le Professeur Jean Lépine a décrit en 1911 une épilepsie psychasthénique se développant sur un fond d'émotivité et reconnaissant presque toujours une cause occasionnelle, d'ordre émotif. Cette épilepsie peut donner lieu à de grands et à de petits accidents, « le malade sent venir ses crises qui sont l'aboutissant d'une période d'angoisse ».

Par la chute brusque de la tension psychologique (Janet) ou, en ne considérant que le point de vue organique, par son retentissement vasculaire, l'émotion apparaît donc comme un facteur de premier ordre dans le déclenchement des crises convulsives.

C'est peut-être ce qui explique, chez certains déséquilibrés hyperémotifs, anxieux et instables comme le sont souvent les pithiatiques et les comitiaux, l'apparition de petites crises à l'occasion du moindre choc affectif. Le simple interrogatoire du médecin, les manœuvres de l'examen médical, la recherche des réflexes peuvent provoquer chez ces sujets des réactions vaso-motrices assez intenses, des mouvements convulsifs générale-

ment à peine ébauchés et même la perte de connaissance. « Il est facile d'obtenir ce résultat chez les sujets atteints de myoclonie-épilepsie qui offrent pour la plupart des signes de déséquilibre neuro-psychique accentué » (Rouquier et Vuillaume). Ces crises peuvent ressembler d'une façon frappante à de petites crises pithiatiques et on serait tenté de les confondre si on ne considérait que leurs circonstances d'apparition.

Si on soumet divers malades : hyperémotifs, petits anxieux, comitiaux ou pithiatiques, à l'épreuve de la suggestion aidée du courant électrique, on peut voir se produire chez un certain nombre d'entre eux, une crise de ce genre. Est-elle de nature comitiale ? Non, semble-t-il, puisqu'on peut la voir apparaître chez de simples déséquilibrés qui ne sont pas et n'ont jamais été des épileptiques. Est-elle d'origine pithiatique ? Elle est bien discrète et bien courte pour cela ; d'autre part, elle s'accompagne d'une vaso-constriction de la face qu'on n'observe généralement pas dans la crise d'hystérie pure. Il faut donc admettre qu'il s'agit d'une simple crise émotive. Mais on ne sait pas si la suggestion n'a pas joué un certain rôle dans son déclenchement, ni quelle part il faut attribuer à la mise en scène toujours un peu solennelle et à la sensation désagréable du courant électrique. C'est pour cela que cette méthode qui rend de très grands services en clinique n'a pas une valeur absolue et on ne peut pas qualifier de pithiatiques tous ceux chez qui des crises peuvent être provoquées de cette façon comme nous essaierons de le montrer à propos du diagnostic.

OBSERVATION VI (personnelle)

Bé... H., âgé de 20 ans, soldat au 7^e bataillon de chasseurs alpins à Albertville.

N'a pas passé le conseil de révision (bon absent).

Envoyé dans le service de neuro-psychiâtrie de l'hôpital Desgenettes pour « crises épileptiques ».

Le sujet a une lourde hérédité : son grand-père était alcoolique; son père présente des crises comitiales quotidiennes, qui semblent résister à l'action des bromures; sa mère serait très nerveuse, très irritable.

Il a une sœur de onze ans qui serait, dit-il, somnambule et présenterait aussi des crises épileptiques.

Dans les antécédents personnels, on ne relève que des maladies banales de l'enfance : rougeole, coqueluche, oreillons. Pas d'éthylisme, ni de spécificité.

Le malade aurait commencé à avoir des crises à l'âge de 8 ans. Depuis, il en a toujours eu au moins une ou deux par semaine. Ces crises, le plus souvent nocturnes, ne semblent pas précédées d'aura. Quand elles se produisent pendant le jour, elles sont parfois précédées d'une céphalée légère, avec sensation de vide dans la tête. Ensuite le malade perd connaissance, tombe brusquement; il a de l'écume aux lèvres, présente des mouvements toniques suivis de mouvements cloniques parfois violents. Il ne s'est jamais mordu la langue; il n'a jamais perdu ses urines, ni ses matières.

Au cours de ces crises, il s'est blessé au niveau de la face et aux membres et en présente encore les cicatrices.

Ces crises, d'une durée de quelques minutes, sont suivies d'une période d'obnubilation passagère et de céphalée intense.

Il a fréquemment des éblouissements et des vertiges qui semblent avoir le caractère d'équivalents comitiaux.

Depuis son arrivée à l'hôpital, c'est-à-dire depuis environ une semaine, le malade a présenté trois crises nocturnes du même type que les précédentes, au cours desquelles il est tombé de son lit, se faisant quelques écorchures.

L'examen physique ne révèle aucun signe de lésions organiques du système nerveux. Les réflexes sont très vifs. On constate un clignement nerveux des paupières et une hypertrophie légère du lobe droit du corps thyroïde. Pas de stigmates somatiques de dégénérescence.

Au point de vue mental, le malade se présente comme un déprimé constitutionnel, avec tendance à l'anxiété. Il a toujours été d'un caractère triste, pessimiste, d'une sensibilité très vive. Il est allé jusqu'à 14 ans à l'école, où il aurait été studieux et appliqué, et il attribue son échec au certificat d'études à la difficulté qu'il éprouvait à fixer son attention et à se rappeler ce qu'il avait appris. Il nie être d'un caractère irritable, mais avoue une certaine impulsivité et un certain nervosisme.

L'interrogatoire détermine chez le sujet une crise de larmes et il sanglote toutes les fois qu'on lui fait raconter l'histoire de sa maladie. Il pleure à la moindre contrariété, se plaint de l'éloignement de ses parents et a peur de ne jamais les revoir.

Il a, depuis son arrivée au régiment, où il se sent dépaycé, des idées de suicide. Son anxiété paraît s'accroître pendant la période qui fait suite à ses crises comitiales.

A son entrée à l'hôpital, le malade est soumis à l'épreuve de la crise provoquée par suggestion, à l'aide du courant faradique.

Il vient d'être examiné et interrogé; il a pleuré au cours de l'examen. On annonce alors devant lui que le courant électrique va lui faire prendre une crise, comme cela se passe chez tous les malades de son espèce, et on lui applique les électrodes sur les tempes. Presque aussitôt le sujet tombe sur le parquet, la face pâle, l'écume aux lèvres. Il présente du tremblement au niveau des membres supérieurs et quelques mouvements cloniques de faible amplitude. Pas de mouvements désordonnés et violents, pas de gestes, pas d'attitudes exagérées, pas de grands déplacements. La perte de connaissance

paraît complète, les pupilles sont dilatées et la suggestion n'a aucune influence sur la marche et la durée de la crise, qui se termine au bout de deux minutes environ. Le malade revient à lui lentement, mais reste obnubilé et se plaint que « la tête lui fait mal ».

La crise obtenue est donc de type non pas pithiatique, mais plutôt comitial.

L'épreuve de la polypnée artificielle a donné lieu non à une crise, mais à un éblouissement avec sensation de chute imminente, qui a contraint le malade à s'asseoir pendant quelques instants. Il présentait, à ce moment, un léger tremblement au niveau des mains.

Conclusions. — *Epilepsie cryptogénétique chez un fils d'épileptique. Manifestations convulsives typiques, surtout nocturnes, apparues pendant la seconde enfance : perte de connaissance, chute, quelques mouvements toniques et cloniques de faible amplitude, respiration stertoreuse, écume aux lèvres. S'est parfois blessé au niveau du cuir chevelu ou de la face pendant ses crises.*

L'application du courant faradique au niveau des tempes, le sujet ayant été prévenu, a déterminé une crise qui a été de type épileptiforme plus que de type pithiatique ou hystérique. Cette crise s'est accompagnée de perte de connaissance d'une durée de deux ou trois minutes environ, avec chute, respiration stertoreuse, écume aux lèvres. Le sujet a raidi ses membres et ébauché un léger tremblement des membres supérieurs.

Quand il est revenu à lui, il donnait l'impression d'être désorienté et obnubilé comme le sont les comitiaux après leur crise.

Il s'agit, en somme, d'une crise épileptiforme déterminée à la fois par suggestion et par choc moral chez un comitial typique, déséquilibré de l'émotivité, subanxieux et déprimé par intervalles.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur BOURRAT)

M. Ar..., âgé de 30 ans, est envoyée dans le service de neurologie du Professeur Lépine, le 26 novembre 1924, par le Docteur Régnier, avec le diagnostic de « Mal comital chez une grande névropathe ».

A. H. — Mère morte à l'âge de 28 ans à la suite d'un avortement criminel. Elle aurait été hystérique d'après la malade. Le père est mort de tuberculose pulmonaire.

A. C. — Un frère mort à Verdun en 1917.

A. P. — La malade n'a eu que la rougeole dans l'enfance. Elle a été réglée à 12 ans 1/2, mais ses règles ont toujours été irrégulières et très douloureuses.

Elle a eu sa première crise à 20 ans, celle-ci a débuté par le bras droit. La malade est tombée à la renverse et a perdu connaissance. Quatre mois après, elle a une deuxième crise identique à la première et précédée d'une aura douloureuse au bras droit. Elle est allée alors à la consultation gratuite du Docteur Durand, à l'Antiquaille. Celui-ci lui a ordonné du bromure, mais elle ne l'a pas pris.

Deux mois après, la malade part avec des bateliers et s'adonne à la boisson; elle aura deux crises comitiales sur le bateau. Le 17 juillet 1914, suppression des règles, suivie de grossesse, accouchement à terme d'un enfant de poids normal. Pas de crises pendant la grossesse. Une crise, la cinquième, au mois de novembre 1915, après la mort de son enfant. En janvier 1916, la malade a une période d'excitation qui nécessite un séjour de trois mois dans le service du Docteur Bériel. Elle n'y prend qu'un accès épileptique la veille de son départ. Ses crises se reproduiront de façon très irrégulière et seront peu fréquentes. En 1921, elle consulte le Docteur Lalin, qui lui conseille du gardénal, des injections de cacodylate de soude et des bains tièdes.

Au mois de mai 1923, elle consulte le Professeur Lépine qui lui défend de se droguer et lui conseille l'hydrothérapie.

La malade ne prendra plus de crises jusqu'en juin 1924 et n'a que de rares accès jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital (26 novembre 1924).

Toutes ses crises ont été du même type.

Chacune est précédée d'une aura (douleur vive dans le bras droit) qui permet à la malade de s'accrocher à quelqu'un ou à quelque chose avant de tomber. Des convulsions assez violentes font suite rapidement à une raideur généralisée. Il y a eu plusieurs fois morsures de la langue, une fois émission involontaire d'urine. L'accès est toujours suivi d'une période semi-comateuse avec stertor qui dure quelques minutes.

Examen. — Les pupilles réagissent bien à la lumière et sont égales.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont un peu vifs.

Rien à signaler au poumon ni au cœur. Le pouls, au moment de l'examen, est à 100. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines. La malade n'est restée que quelques jours dans le service.

Quatre ans après, le 8 mars 1928, elle est de nouveau envoyée par le Docteur Régnier pour une paralysie faciale du type périphérique survenue trois jours après une crise. Un examen du liquide céphalo-rachidien est fait : pas d'hyperalbuminose, ni de lymphocytose, Wasserman négatif.

Au bout de quelques jours, la malade se plaint de douleurs dans les cuisses et dans les reins, et de difficulté à la marche.

Cette difficulté s'accroît progressivement et la malade se présente bientôt comme une astasique-abasique. Cependant, les réflexes rotuliens et achilléens sont rigoureusement abolis et l'organicité de ces troubles ne fait aucun doute. On pense soit à une polynévrite éthylique, soit à des manifestations névritiques de névraxite épidémique.

Au cours de l'examen fait par le Docteur Bourrat, la compression de la région ovarienne a déterminé un violent opisthotonos avec crispation des muscles de la face et réaction vaso-motrice (rougeur intense du visage), et la malade a an-

noncé qu'elle allait prendre une crise, mais les choses en sont restées là.

D'autre part, le traitement électrique de la paralysie a déclanché plusieurs fois de petites crises épileptiformes diffuses, sans perte absolue de connaissance, mais avec mouvements convulsifs de faible amplitude.

Le 16 juin 1928, après 12 injections intra-veineuses de salicylate de soude, 7 séances électriques et un traitement à la strychnine, la malade sort de l'hôpital très améliorée; la marche est aisée, les réflexes sont presque normaux, il persiste un peu d'asymétrie faciale. La dernière crise date du mois de février 1928.

Du point de vue psychiatrique, la malade se présente comme une émotive aux réactions vaso-motrices vives. Elle est susceptible et se met facilement en colère. D'autre part, c'est une instable sujette aux coups de tête et portée aux excès. Tendance assez marquée à l'éthylisme. Elle est suggestible et peut-être légèrement mythomane. Pas de stigmates de dégénérescence mais l'hérédité maternelle serait, d'après les renseignements qu'on a pu obtenir de la malade, assez chargé au point de vue névropathique (impulsivité, inconduite).

En somme : Epilepsie essentielle. Crises typiques pendant l'adolescence.

Petites crises épileptiformes diffuses provoquées par le traitement électrique au cours d'une polynévrite d'origine vraisemblablement névritique. La compression des ovaires a déterminé une vaso-dilatation de la face et un opisthotonos violent.

Déséquilibre neuro-psychique important ; hyperémotivité, instabilité.

CHAPITRE IV

Le terrain

Les influences extérieures, l'éducation et surtout le milieu sont des facteurs de premier ordre de toutes les manifestations hystériques et en particulier de l'hystérie convulsive. Sur le tombeau du diacre Pâris, comme à l'Hôpital de la Salpêtrière au temps de Charcot, la grande névrose trouvait une atmosphère particulièrement favorable à son développement, un excellent milieu de culture. Aussi pouvait-elle se répandre comme une véritable épidémie et frapper des sujets, assez peu prédisposés, presque normaux. Aujourd'hui où l'hystérique n'est plus pris au sérieux, où il est même mal considéré, ne présentent des manifestations de cet ordre que les individus à prédisposition marquée. Et très souvent chez ces sujets, la tendance névropathique, le déséquilibre peuvent se mettre en évidence, en dehors de tout phénomène pithiatique,

Un examen approfondi révèle chez la plupart des hystériques des tares psychopathiques constitutionnelles et diverses modalités de déséquilibre assez analogues à celles que l'on rencontre chez les comitiaux. Si l'on fait abstraction des crises caractéristiques, on trouve chez le pithiatique et chez l'épileptique un fond commun, un terrain à peu près semblable.

Dans les deux cas on retrouve fréquemment une hérédité névropathique ou alcoolique, d'ailleurs commune à la plupart des maladies nerveuses. D'après les statistiques de certains auteurs, en particulier de Delasiauve et de Féré, l'hystérie semble tenir une place importante dans les antécédents des épileptiques, à côté de la neurasthénie et des psychoses. Pour Féré, « les syndromes épileptiques et hystériques se rencontrent assez souvent chez les mêmes individus, les deux ordres de manifestations sont en effet favorisés par les mêmes conditions héréditaires ».

Beaucoup de pithiatiques, comme beaucoup de comitiaux appartiennent à cette catégorie d'individus que Magnan appelle des dégénérés, aussi présentent-ils fréquemment de la débilité mentale ou les diverses formes de déséquilibre. Certains, comme on l'a signalé plusieurs fois, évoluent vers la démence précoce. Bien que l'on rencontre chez les deux sortes de malades des sujets qui, en dehors de leurs paroxysmes, paraissent normaux et chez qui on ne peut mettre en évidence aucun trouble psychique ou organique, le plus souvent « l'état intermédiaire aux crises donne une impression qui ne trompe guère lorsqu'on a quelque expérience clinique. Le névropathe à crises reste toujours un névropathe dont l'émo-

tivité évidente, les paroles et les actes ont un cachet bien spécial. L'épileptique peut être normal tout en conservant certains détails qui au premier abord n'attirent pas l'attention : un entêtement exagéré, un peu d'impulsivité. Dans la vie courante, en dehors des crises, l'hystérique mâle est un mythomane et un déséquilibré » (Jean Lépine).

A part l'affaiblissement intellectuel acquis qui est souvent la conséquence de paroxysmes fréquents, il n'est pas rare de constater chez l'épileptique une débilité mentale constitutionnelle. On l'observe aussi assez souvent chez l'hystérique. Ne pourrait-on pas lui attribuer en partie, dans certains cas, cette diminution du sens critique grâce à laquelle le malade réussit à se tromper lui-même et à fixer son syndrome. « D'une façon générale, les malades dont la suggestibilité est aussi anormale sont peu intelligents ou peu équilibrés. Et il n'y a guère que les premiers qui cristallisent d'une façon durable leur syndrome » (Rouquier et Vuillaume).

Un caractère commun à beaucoup d'hystériques comme à beaucoup d'épileptiques c'est : une certaine hyperémotivité, une tendance à réagir d'une manière excessive aux chocs physiques et aux chocs moraux. Dans le domaine physique cette tendance se manifeste par la vivacité des réactions neuro-vasculaires, des réflexes tendineux, cutanés et idio-musculaires ; dans le domaine psychique, par de l'instabilité, de l'irritabilité et de l'impulsivité. Le déséquilibre neuro-végétatif, comme l'ont montré Langeron, Laignel-Lavastine, etc., existe très souvent chez les comitiaux. Ceux-ci voient

prédominer tantôt leur vague, tantôt leur sympathique. Ce sont généralement des amphotoniques chez qui le seuil des réflexes vaso-moteurs paraît abaissé. Ces troubles peuvent s'observer plus ou moins marqués chez tous les névropathes. Pour Klippel et Weill, les hystériques sont généralement prédisposés aux troubles sympathiques. « On voit survenir facilement chez eux de la tachycardie, des palpitations, de la rougeur ou de la cyanose des extrémités. Les tachycardies, les polyuries, les oliguries, prétendues hystériques, décrites par Charcot, Fernet, Rendu, étaient probablement le fait, non de l'hystérie proprement dite, mais du déséquilibre sympathique. »

Cette irritabilité, cette susceptibilité spéciale n'est pas particulière au système neuro-végétatif, elle se rencontre également dans le système cérébro-spinal. La plupart de ces malades, ayant des crises comitiales ou pithiatiques, ont leurs réflexes, sinon véritablement exagérés, du moins plus vifs que des sujets normaux. Aussi, l'exagération des réflexes, décrite autrefois parmi les symptômes de l'hystérie, paraît devoir être rattaché au terrain névropathique. Nous avons trouvé cette hyper-réflexivité chez la plupart de ces malades que nous avons examinés et sur les sept observations que nous apportons ici, nous l'avons notée cinq fois. Parfois une excitation sensorielle légère, la percussion d'un tendon, le bruit d'un objet qui tombe, l'approche de la lumière électrique déterminent chez ces hyperémotifs un sursaut, un mouvement instinctif de défense, un spasme ou un tremblement. Nous avons déjà indiqué, à propos des formes de passage, que ces mêmes causes pouvaient

provoquer de véritables crises convulsives chez les grands déséquilibrés comme le sont les sujets atteints de myoclonie-épilepsie.

Cette disproportion entre les réactions et les causes qui les déclenchent se rencontrent également si on se place au point de vue mental. L'état mental de l'hystérique est caractérisé par la suggestibilité anormale et la mythomanie. Mais ces tendances sont développées, du moins chez le convulsif, sur un fond d'instabilité, d'irritabilité, d'impulsivité assez analogue à celui de l'épileptique. Les comitiaux présentent une mobilité anormale du caractère et de la conduite (Féré), une extrême variabilité de l'humeur et des sentiments (Brissot). Les mêmes traits se rencontrent chez l'hystérique, où ils ont été signalés par divers auteurs. « Un premier trait de leur caractère est la mobilité » (Huchard). Pour Sydenham, « ce qu'il y a de plus constant chez les hystériques, c'est leur inconstance ». Pour Moreau de Tours, on trouve chez eux « une extrême mobilité dans leurs réactions affectives, une grande instabilité de caractère ». Il en est de même de l'irritabilité, de la susceptibilité, de l'impulsivité. Comme l'écrit Brissot, « L'épileptique présente presque toujours une grande susceptibilité, il prend prétexte de la douleur la plus insignifiante, du moindre malaise pour se plaindre et intéresser les médecins à son malheureux sort; il fait entendre des récriminations violentes et injustifiées ». Sujet aux coups de tête, ses déterminations prennent souvent le caractère d'impulsions et il agit sans discer-

nement (nous ne voulons pas parler des impulsions inconscientes qui sont de véritables équivalents).

De même, l'hystérique se fâche souvent pour une simple parole mal interprétée et « transforme en offense la plus légère plaisanterie » (Huchard). Rarement maître de lui il se laisse entraîner par son premier mouvement.

Nous n'ignorons pas qu'une analyse psychologique plus approfondie et plus fine peut révéler, chez le comitial, un certain entêtement, une irascibilité violente, qui lui sont propres, chez l'hystérique une fatuité, une coquetterie spéciales. Il n'en est pas moins vrai qu'on retrouve très souvent dans l'état mental de ces deux sortes de malades les mêmes manifestations de déséquilibre. Nous avons pu le constater chez la plupart des sujets présentant l'association des « deux névroses » et dont les observations figurent dans le premier chapitre de notre thèse.

C'est ce terrain névropathique, ce fond mental commun qui conditionne, nous semble-t-il, l'apparition de crises hystériques chez des comitiaux avérés, et de ces crises de nature indéterminée auxquelles MM. Rouquier et Vuillaume, dans leur travail plus haut cité (1) ont donné le nom de formes de passage.

(1) Rouquier et Vuillaume. *Paris Médical*, 30 janv. 1926.

CHAPITRE V

Diagnostic

La crise d'hystérie, quand elle est typique, est facile à reconnaître. Bien qu'elle ne se présente plus guère sous la forme de la grande attaque de Charcot, et que les attitudes extatiques et passionnelles soient excessivement rares, la crise pithiatique garde toujours cependant l'empreinte de l'imagination qui l'a créée.

D'autre part, même ses manifestations les plus impressionnantes restent soumises au contrôle de l'instinct de conservation, qui interdit à l'hystérique de se nuire. Ce sont là, croyons-nous, les deux caractères essentiels qui doivent guider le diagnostic.

Le diagnostic différentiel est à faire tout d'abord avec la crise émotive. Cette dernière survient généralement sans préparation. Si l'imagination peut, jusqu'à un certain point, intervenir dans son déclenchement, elle ne s'y donne jamais libre cours. La pâleur de la face au

début, l'absence ou le peu d'importance des mouvements convulsifs, le caractère discret de tous les symptômes sont en faveur de la crise émotive.

Mais c'est surtout entre les accès hystériques et épileptiques que la distinction est à faire. Les éléments de ce diagnostic différentiel sont classiques, nous nous contenterons de les indiquer rapidement, nous réservant d'insister sur certains d'entre eux.

On doit tenir compte tout d'abord des circonstances d'apparition de l'accès sans toutefois leur accorder une valeur absolue. La crise pithiatique est généralement précédée d'une période de malaise, d'énervement, pendant laquelle très probablement le malade s'auto-suggestionne. Il dit qu'il sent venir sa crise, en réalité il la prépare de façon plus ou moins consciente. Celle-ci survient à l'occasion d'une émotion, d'une contrariété, d'un désagrément quelconque.

L'attaque d'épilepsie, au contraire, survient soudainement après une brève aura précédant de peu la chute. Mais il faut admettre avec Hartemberg, que l'accès comitial peut souvent être annoncé par des symptômes précurseurs éloignés : dépression, tristesse, agitation, confusion légère.

La perte de conscience, caractère essentiel des accidents épileptiques, fera défaut chez le pithiatique. Celui-ci se rend toujours plus ou moins compte de ce qui se passe autour de lui, des paroles qu'on prononce, des soins qu'on lui donne, comme le prouve l'influence de l'entourage sur l'évolution et la durée de la crise.

Le comitial tombe brusquement là où il se trouve. La chute de l'hystérique est parfois rapide, elle n'est jamais

aussi brutale: il ne tombe jamais à la renverse, ni sur la face; il évite les objets qui pourraient le blesser grièvement.

Les mouvements convulsifs de l'hystérique ne se succèdent généralement pas comme chez l'épileptique suivant un ordre chronologique constant. Ils sont désordonnés; ce sont plutôt des contorsions, des gestes, des attitudes qui « extériorisent de façon frappante le déséquilibre et la tendance mythomaniaque du sujet » (Rouquier et Vuillaume).

Le pithiatique se blesse rarement et encore ne se fait-il que des contusions légères. Le siège de ces blessures peut avoir une certaine importance pour le diagnostic: celles de la face ou de la région occipitale ne se rencontrent guère que chez les comitiaux. Les morsures de la langue, rares chez l'hystérique, ne se présenteront jamais sous la forme de plaies profondes des bords latéraux, comme s'en font souvent les épileptiques.

Le pithiatique n'aura pas d'émission involontaire d'urines ou de matières. C'est exceptionnellement qu'il simulera ces symptômes à la fois gênants et humiliants.

On doit attacher une grande importance au mode de terminaison de la crise. Longtemps après son accès le comitial souffre d'une grande lassitude et présente un état confusionnel léger: il est obnubilé, désorienté, abruti, incapable de vaquer à ses occupations. La crise de l'hystérique se termine généralement par des larmes. Le sujet a parfois l'air étonné de quelqu'un qui revient à lui, mais il peut reprendre immédiatement sa vie normale.

On comprend très bien que chacun de ces éléments du diagnostic, pris en particulier, n'a qu'une valeur relative. Aussi, dans la plupart des cas, ce diagnostic résulte-t-il non d'une analyse de tous les symptômes, mais plutôt d'une impression d'ensemble.

Quelques signes cependant ont une valeur beaucoup plus considérable, ce sont ceux que la volonté ne peut pas reproduire, et sur lesquels Babinski a insisté avec juste raison: la pâleur de la face, la mydriase, les ecchymoses sous-conjonctivales. Quand on les constate, on peut affirmer qu'il s'agit d'épilepsie.

En somme, sauf dans quelques rares cas de crises larvées, le neurologiste qui assiste lui-même à la crise doit pouvoir se faire une opinion.

Mais hâtons-nous de dire qu'en réalité, c'est d'une façon tout à fait différente que se pose le problème du diagnostic. Dans la majorité des cas le médecin n'a assisté à aucune des crises de son malade. Il doit se baser d'une part sur l'interrogatoire et l'examen du sujet, d'autre part sur les témoignages de son entourage, toujours suspects, sinon de mauvaise foi, du moins d'ignorance. Un interrogatoire habile pourra fournir des renseignements très utiles sur le psychisme et la mentalité du sujet. L'examen permettra parfois de constater des cicatrices au niveau de la face ou du cuir chevelu, ce qui est un signe important.

Enfin la durée des crises, l'âge auquel elles sont apparues sont des éléments importants dont la constatation est à la portée, même de témoins ignorants. Des crises ayant commencé dans la seconde enfance seront pro-

blement comitiales, les accès convulsifs hystériques étant exceptionnels avant la puberté.

Des crises où la perte de conscience et les mouvements convulsifs auront duré une ou plusieurs heures seront toujours pithiatiques.

Mais on conçoit très bien que les neurologistes trouvent ces éléments insuffisants pour porter un diagnostic, surtout quand ce dernier peut être sanctionné par des décisions graves. Aussi a-t-on cherché les moyens permettant au médecin d'assister lui-même à une crise. Une mise en observation du malade, même d'assez longue durée, ne remplit pas toujours ce but. C'est pour cela qu'on utilise des procédés grâce auxquels on peut provoquer une crise et l'observer séance tenante. Deux méthodes sont surtout employées : l'une consiste à déterminer l'apparition d'une attaque d'épilepsie au moyen de « l'hyperpnée expérimentale » ; l'autre consiste à faire déclancher une crise pithiatique par suggestion à l'aide du courant électrique. Nous ne voulons pas terminer ce chapitre du diagnostic sans dire quelques mots de ces deux procédés.

Ce sont des auteurs américains qui les premiers constatèrent que l'hyperpnée pouvait provoquer chez des sujets normaux une tétanie expérimentale. La méthode fut reprise en France par Turpin, utilisée par Guillain, Alajouanine et Thévenard dans le diagnostic de l'épilepsie Jacksonienne, par Claude, Codet, Cénac et Montassut dans le diagnostic de l'épilepsie psychique. Elle a été plus récemment préconisée par Folly dans le diag-

nostic des crises nerveuses. Nous emprunterons à ce dernier auteur la description du procédé.

« Le sujet, placé dans le décubitus dorsal, exécute par minute quinze à vingt inspirations profondes, suivies d'autant d'expirations forcées, et cela pendant un temps variant de vingt à quarante minutes ». Chez le sujet normal on obtient par ce moyen, d'abord une tétanie surtout marquée au niveau des muscles de la face et une exagération des réflexes tendineux, ensuite les réflexes disparaissent, les membres s'engourdissent et présentent de l'hyperesthésie. On constate une diminution du pouvoir d'attention et de la conscience.

Chez le sujet épileptique, l'hyperpnée doit déclencher une crise au bout de vingt à quarante minutes.

De l'avis de plusieurs neurologistes, cette méthode donnerait des résultats inconstants et ne provoquerait pas de crise chez tous les comitiaux. Elle n'en conserve pas moins sa valeur dans les cas où elle réussit à déclencher un accès typique d'épilepsie.

La méthode que nous allons décrire maintenant consiste au contraire à reproduire une crise hystérique par suggestion, à l'aide du courant électrique. De même que la thérapeutique des accidents pithiatiques, pour être efficace, doit en général être légèrement coercitive, de même la suggestion se produira d'autant mieux qu'elle s'accompagnera de sensations désagréables. Elle sera donc aidée, favorisée par le courant électrique, comme d'ailleurs par la mise en scène. Voici comment on opère : on installe l'appareil et on annonce, devant le sujet, que le passage du courant va provoquer l'apparition d'une crise. On applique ensuite les électrodes sur les tempes

du malade. S'il s'agit d'un pithiatique on obtiendra presque toujours facilement des manifestations convulsives violentes, très caractéristiques, qu'on pourra d'autre part faire cesser par contre-suggestion. Il suffira pour cela de comprimer le thorax, l'abdomen ou une zone quelconque, après avoir annoncé que cette opération va arrêter la crise. « C'est là incontestablement une épreuve de grande valeur. Elle montre qu'il existe chez le sujet une anormale suggestibilité et une tendance regrettable à réagir par une manifestation convulsive à un choc moral ou à une sensation désagréable quelconque ».

Mais ce serait un tort, à notre avis, de considérer comme simplement pithiatique, et de traiter comme tel tout sujet qui réagit positivement à cette épreuve. Comme le montre nos observations, on peut obtenir par cette méthode des crises hystériques chez des comitiaux avérés.

D'autre part, peut-on même affirmer que la crise provoquée de cette façon est toujours pithiatique? Du fait que dans cette épreuve, à la suggestion pure se surajoute inévitablement un élément émotif (appréhension, crainte), et une excitation sensorielle (courant électrique), il est naturel d'admettre que ce procédé est capable, dans certains cas, de déclencher une crise d'origine organique. Notre observation VI vient à l'appui de cette opinion.

Conclusions

I. — Il est assez fréquent d'observer chez le même sujet des crises d'épilepsie et des crises d'origine pithiatique. Il ne faut pas se contenter de provoquer la crise d'origine suggestive par le courant électrique pour affirmer que le malade n'est qu'un pithiatique. Il est nécessaire de l'interroger attentivement et d'étudier les caractères des manifestations convulsives antérieures.

II. — Les crises pithiatiques sont fréquemment d'origine émotive-affective, tout au moins à la période initiale.

III. — L'émotion est une cause fréquente de crises d'épilepsie, chez les sujets porteurs de tares nécessaires à l'apparition de ces crises.

IV. — Il existe chez certains sujets des crises d'origine émotive qu'il est bien difficile de qualifier exactement d'épileptiques ou de névropathiques. On les observe soit chez des épileptiques, hyperémotifs et anxieux, soit chez des névropathes ou des aliénés non comitiaux, lors-

que leur déséquilibre neuro-psychique est suffisamment accentué.

V. — La plupart des sujets qui présentent des crises d'épilepsie ou des crises pithiatiques, offrent des caractères psychopathiques, constitutionnels communs : ce sont le plus souvent des émotifs, des anxieux, des impulsifs ou des instables. Ces tares mentales favorisent l'éclosion des manifestations pithiatiques chez les comitiaux.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 16 Novembre 1928.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- D'ABUNDO. — Sopra alcuni casi di corea del sydenham determinanti in epileptici una sospensiva degli accessi convulsivi. *Neurologica*, Napoli, 1925, II, p. 113, 121.
- ALFORT. — The epileptic convulsion as a type of extrapyramidal motor disturbance. *Med. Journ. et Record.*, New-York, 1926, CXXIV, p. 551-553.
- BABINSKI-FROMENT. — Hystérie. Pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe. Paris, Masson, 1927, in-16.
- BATTINI. — Contribution à l'étude de l'hystéro-épilepsie. *Thèse de Montpellier*, 1919, in-8, n° 37, p. 55.
- BENON. — La crise d'hystérie. *Gaz. des Hôp.*, 1924.
- BERNHEIM. — « L'épilepsie est hysterogène... ». *Journ. des Praticiens*, 27 avril 1918.
- BRANHAM. — Epileptoid reactions in children. *Amer. Journ. of Psychiatry*, 1925-26, p. 423, 429.
- BURGER. — Zur Trage der « Crampusnevrose ». *Archives f. Psychiatrie*, LXXIX.
- CARBONARA. — Sopra alcuni casi di isterismo infantile. *Clin. Pédiat. Modena*, 1926, VIII, p. 417, 436.
- CATANEL. — Contribution à l'étude de l'hystérie et de l'épilepsie chez l'enfant. *Thèse de Montpellier*, 1909-1910, n° 69, p. 64.
- CESBRON. — Histoire critique de l'hystérie. *Thèse de Paris*, 1908-1909, in-8, n° 133, p. 340,

- CHAVIGNY. — Crises convulsives dans le milieu militaire. *Archives de Méd. et de Pharm. Milit.*, 1923.
- CLARK. — The étiopathology of myoclonus epilepsy. *Amer. Journ. Med. sci.*, 1926, CLXXII, p. 872, 885.
- CLAUDE, RAFFIN, MONTASSUT. — Sur le rôle de l'alcalose dans l'épilepsie convulsive. *C. R. Soc. de Biologie*, Paris, 1926, XCIV, p. 1334.
- CLAUDE, CÉNAC, MONTASSUT. — Diagn. de l'épilepsie psychique par l'hyperpnée (*Encéphale*, 1926).
- CRINIS. — Ueber den Stoffwechsel beim epileptischen symptomatenkomplex (*Zeits. f. ges. Neurol.*, 1925, XCIX, p. 718 755).
- CURSCHEMAN. — Zur Frage der organeurosen (*Mediz. Klinik. Berlin*, 1926, XXII, p. 1829-1831).
- DUMAS (Georges). — Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre (*Collection scientifique*).
- FIÉRE. — Les épilepsies et les épileptiques, 1880.
- FOLLY. — L'hyperpnée expérimentale dans le diagnostic des crises nerveuses (*Société de Médecine mentale*, 1928).
- GALANT. — Das problem. der hysteroepilepsie (*Arch. f. Kinderk.*, 1926, LXXVIII).
- Entschungs geschichte Entwicklung, uns Verland, einer, Hysteroepilepsie (*Arch. f. Kinderhk.*, Stuttgart, 1925, LXXVII, p. 64-71).
- GASCARD. — Contribution à l'étude des crises convulsives. La crise hystéro-épileptique existe-t-elle ? (*Thèse de Bordeaux* 1919-1920, in-8°, n° 72, p. 51).
- GEORGI. — Zur genese des epileptischen anfalls (ionogene kolloidstabilitats, storung. Théorie der Tacktorkoppe-lung) (*Klin Wochenschr. Berlin*, 1925, IV, p. 2053-2056).
- Zur pathogenese des epileptischen anfalls (*Deuts. Zeitschr. f. Nervenhk. Leipzig*, 1926, LXXXIX, p. 126).
- GEORGOPOULOS. — Etiologie de l'épilepsie dite essentielle (*Thèse Lyon*, 1906).
- GILLES-CIRIAT. — Données psychanalytiques chez un épileptique (*Ann. Médico-Psychol. Paris*, 1925, LXXXIII, 2° p.).

- GIRAUD. — Névroses à décharge (*Thèse Lyon*, 1910-1911).
- GRUNDLER. — Ueber Konstitutions untersuchungen an Epileptischen (*Monatsohr. f. Psychiat. u. Neurol*, Berlin).
- GUICHARD. — De l'hystérie à forme d'épilepsie partielle et épilepsie jacksonienne chez un hystérique. Diagnostic différentiel (*Thèse de Montpellier*, 1907, 1908).
- GUILLAIN, ALAJOUANINE et THÉVENARD. — L'hyperpnée dans le diagnostic de l'épilepsie jacksonienne (*Encéphale*, 1927).
- HARTEMBERG. — Conditions favorisantes des paroxysmes épileptiques (*Presse Médicale*, 30 avril 1924).
- L'habitude épileptique (*Presse Médicale*, Paris, 1926, p. 627).
- HENNER. — Signe du funambule ; démarche pathognostique pour le pithiatisme ou la simulation (*Rev. Neurologique Paris*, 1925, XXXII, p. 1046).
- HESNARD. — Les grands syndrômes mentaux.
- HUCHARD. — Etat mental de l'hystérique (*Arch. Neuro.* 1882).
- JOFFROY (A.). — De l'aptitude convulsive (*Gaz. hebd. méd. et chirurg.* 1900, n° 12).
- LACAZE. — L'hystérie qui s'associe et qui simule (*Thèse de Toulouse*, 1907-1908, in-8°, n° 761; p. 86).
- LALLEMAND. — Rapports cliniques de l'hystérie et de l'épilepsie (*Thèse de Montpellier*, 1920-1921, in-8°, n° 132).
- LANGE et GUTTMAN. — Histerischen anfall hyperventilation, epileptischer Krampf (*Munchener med. Wochenschr.*, 1926, LXXIII).
- LANGERON. — Les manifestations viscérales de l'épilepsie ; contribution à l'étude du sympathique dans la crise d'épilepsie (*Gaz. des Hôpitaux Paris*, 1925, p. 1441-1473).
- LAIGNEL, LAVASTINE et VOISIN (Roger). — Traité de pathologie de Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix.
- LÉPINE (J.). — Emotion et épilepsie (*Lyon Méd.*, 1912, XII, 1095).
- Epilepsie psychasténique (*Revue de Méd.*, 1911).

- Épilepsie commotionnelle (*Journ. de Méd. de Lyon*, 1923).
- Troubles mentaux de guerre (*Coll. Horizon*).
- LÉPINE (R.). — L'épilepsie des gros mangeurs (*Revue mens. de Méd. et de Chir.*, 1877).
- MATHIEU. — *Société Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1892.
- MICHAUD (H). — Rôle des émotions dans l'étiologie de l'épilepsie (*Thèse Paris*, 1926).
- MICHAUD. — La confusion des crises hystériques et épileptiques en médecine légale militaire (*Thèse de Bordeaux*, 1923-1924, in-8°, n° 36, p. 44).
- MUCK. — Ueber die Beziehung der örtlichen sympathikokypertonie (Kopfteil) zum epileptischen anfall (*München med. Wochen*, 1925, LXXII, 1543).
- NIELSEN. — Etiology of epileptiform convulsions (*Med. Journ. et Record.*, 1925, CXII, p. 338-340).
- PITRES. — Leçons sur l'hystérie (rôle de l'émotion).
- POPÉA, EUSTATZIN et HOLBAN. — Recherches sur le rôle du tonus du système vago-sympathique dans le déclenchement de l'accès épileptique (*G. R. Soc. de Biologie Paris*, 1925, XCXXII, p. 1170).
- REBATTU, SÉDAILLAN et MOLLON. — A propos de cent cas d'épilepsie (*Journ. de Méd. Lyon*, 1923).
- REBOUL-LACHAUX. — Manifestations psychiques de l'épilepsie (*Marseille Médical*, 15 février 1925).
- ROUQUIER-VUILLAUME. — Hystérie convulsive, épilepsie. Associations et formes de passage (*Paris Médical*, 1926, LIX, p. 104-109).
- ROUQUIER. — L'hystérie dans l'armée (*Soc. de méd. milit. franç.*, *Bull. mensuel*, Paris, 1926, XX; 119-169).
- ROUSSY et LHERMITTE. — Psychonévroses de guerre (Paris, Masson, 1917, in-16).
- SALMON. — Nuove ipotesi sull' isterismo. Il meccanismo dei fenomeni isterici (*Quaderni di Psichiat.*, 1926, XIII, p. 81-91).
- SIZARET. — Du déséquilibre neuro-végétatif dans certaines épilepsie (*Thèse de Paris*, 1926, in-8°, n° 140, p. 94).

- TRÈVES. — La psico-analisi nell' epilepsia (*Cervello Napoli*, 1925, p. 409).
- TURPIN. — L'hyperpnée expérimentale (*Progrès médical*, oct. 1925).
- VACHET (P.). — La pensée qui guérit (1928, Edit. Grasset).
- VAN DER EBST. — Contribution apportée à la notion d'hystérie par l'étude de l'hypnose spécialement considérée dans son histoire, dans son essence, dans ses efforts (*Thèse de Paris*, 1907-1908, in-8° n° 226, p. 208).
- WOLLENBERG. — Hystérie oder simulation (*Psych. neurol. Wochensche Halle*, 1926, XXVIII, p. 211).
- YAKOVLEV. — Association pithiato-organique ; origine, nature, portée clinique de l'élément pithiatique surajouté aux différents syndromes organiques (*Thèse de Paris*, 1925, in-8°, n° 14).
- ZARICH. — Des troubles mentaux dans l'épilepsie convulsive (*Thèse de Bordeaux*, 1921-1922, in-8°, n° 100, p. 59).
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
<i>Chapitre Premier.</i> — Historique	11
<i>Chapitre II.</i> — Associations	25
<i>Chapitre III.</i> — Formes de passage	51
<i>Chapitre IV.</i> — Le terrain	65
<i>Chapitre V.</i> — Diagnostic	71
Conclusions	79
Bibliographie	81



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

◦ 42, QUAI GAILLETON ◦

◦ ◦ ◦ ◦ ◦ LYON ◦ ◦ ◦ ◦ ◦



